

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
COMPLICATIONS
PULMONAIRES

AU COURS DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

PAR

M^{lle} Z. BIELOSEROV

Président : M. WIDAL, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1914

447

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
COMPLICATIONS
PULMONAIRES

AU COURS DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

PAR

M^{lle} Z. BIELOSEROV

Président : M. WIDAL, Professeur



PARIS
LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1914

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
Clinique médicale.....	ROGER
Maladies des enfants.....	DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale.....	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.....	GILBERT BALLE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER
Clinique d'accouchement.....	DEJERINE
Clinique gynécologique.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale infantile.....	QUENU
Clinique thérapeutique.....	RECLUS
	HARTMANN
	DE LAPPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	GUENIOT	LERI	RICHAUD
ALGLAVE	GUILLAIN	LEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
COUVELAIRE	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
DESMARET	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GOUGEROT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GREGOIRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMIERRE

*Qui a bien voulu nous assister
de ses bienveillants conseils.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

PROFESSEUR DE LA PATHOLOGIE INTERNE

A LA FACULTÉ DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Introduction

L'étude clinique des anévrysmes de la crosse de l'aorte est depuis longtemps connue : on connaît leur symptomatologie variable, la diversité des signes par lesquels ils peuvent se manifester en clinique.

On sait aussi avec quelle fréquence peuvent survenir, au cours de ces anévrysmes, des complications pulmonaires. La situation même de la poche anévrysmale, qui agit comme une véritable tumeur du médiastin, explique, d'une part, les compressions possibles du poumon, de la trachée et des bronches et l'ouverture dans ces organes; d'autre part, la compression possible des nerfs du plexus pulmonaire, leur envahissement par le processus inflammatoire et les conséquences qui peuvent en résulter sur la trophicité du poumon.

Enfin, la tuberculose pulmonaire, principalement chez les malades hospitalisés, vient encore assombrir le pronostic, mais on peut dire qu'elle apparaît le plus souvent comme un épisode accessoire.

Aussi bien, à côté des cas où l'anévrysme de la crosse aortique domine la scène et constitue le facteur important du tableau clinique, à côté de ces cas, il n'est pas rare d'en rencontrer où c'est à propos d'une complication, et particulièrement d'une complication pulmonaire, que le diagnostic se pose. L'embarras du clinicien peut alors être grand, si celui-ci ne songe pas à rechercher l'anévrysme et à utiliser dans ce but les différentes méthodes qui sont à sa disposition.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant, à côté des complications pulmonaires bien connues et décrites dans tous les traités, de rappeler certaines complications plus rares et en particulier la gangrène pulmonaire, de chercher à élucider leur étiologie et leur pathogénie, de voir quel peut être dans certains cas le rôle de la syphilis, d'étudier enfin un peu spécialement les cas où la complication pulmonaire est la première manifestation clinique de la maladie.

Nous aurons atteint notre but, si ce modeste travail peut apporter sa faible contribution à l'étude si vaste des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Etude Anatomique

Il nous a paru intéressant, avant d'aborder l'étude des complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse aortique, de rappeler, dans un court chapitre, quelques données anatomiques qui expliquent, en particulier, la possibilité des compressions nerveuses.

On donne le nom de crosse de l'aorte à cette portion de l'arbre artériel qui, parti du ventricule gauche, va, suivant les auteurs, jusqu'à la 3^e ou 5^e vertèbre dorsale, après avoir décrit une courbe bien marquée autour du pédicule pulmonaire gauche. Partie du ventricule gauche, la crosse de l'aorte présente d'abord une portion verticalement ascendante, puis une portion horizontale, qui se dirige en arrière.

Dans cette première portion ascendante, elle est entourée du péricarde qui lui forme une gaine haute de 6 à 7 centimètres et qui monte jusqu'à l'origine du tronc artériel brachio-céphalique.

Dans cette première portion, l'aorte se met en rapport intime avec l'artère pulmonaire qui s'enroule autour d'elle en pas de vis, et sur laquelle le manchon péricardique s'arrête au niveau de sa bifurcation.

En dehors, l'aorte ascendante se met en rapport avec la veine cave supérieure et, par son intermédiaire, avec le nerf phrénique droit. Surtout, il existe entre l'aorte et la veine cave une dépression du péricarde au fond de laquelle on tombe sur la bifurcation de la trachée déviée à droite. On sait d'ailleurs que cette bifurcation brachiale, s'opposant à la bifurcation de l'artère pulmonaire, contribue à délimiter

un losange, ou plus exactement un triangle, dans lequel des filets du pneumogastrique et du sympathique se réunissent pour former le plexus pulmonaire.

Plus en dehors, c'est le poumon droit dans la plèvre.

En arrière, c'est la branche droite de l'artère pulmonaire et le pédicule pulmonaire droit.

Puis l'aorte décrit son coude qui est un siège fréquent de la dilatation anévrysmale, et elle devient horizontale.

Dans cette portion, elle se met en rapport en avant, sous le plastron sterno-costal, avec le cul-de-sac antérieur des plèvres.

Puis nous voyons descendre au-devant d'elle le nerf phrénique gauche avec les vaisseaux diaphragmatiques.

Plus en arrière, au-devant du vaisseau, c'est le nerf pneumogastrique gauche et les nerfs cardiaques.

En arrière, l'aorte se met en rapport avec les organes du médiastin : la trachée, l'œsophage, avec la gouttière trachéo-œsophagienne dans laquelle monte le récurrent gauche.

En bas, la crosse aortique se met en rapport avec la crosse du récurrent gauche, le ligament artériel qui délimite la loge du ganglion de Wrisberg. C'est encore le pédicule pulmonaire gauche.

Enfin, en avant, dans sa portion terminale, la crosse se met en rapport avec la plèvre gauche, y creusant la fosse pleurale sus-aortique, où passent des filets du sympathique se rendant au plexus pulmonaire.

On comprend donc, d'après ces rapports, comment une dilatation anévrysmale de l'aorte peut comprimer un organe du pédicule pulmonaire, principalement le plexus pulmonaire ou le pneumogastrique, le récurrent ou le sympathique, avant qu'ils n'aient abandonné les branches qui vont à ce plexus.

Étiologie — Pathologie

L'anatomie explique la possibilité des complications pulmonaires.

Pourquoi et comment vont-elles se produire?

Nous n'insisterons pas sur l'étiologie ni sur la pathogénie des complications banales.

La tuberculose pulmonaire, d'allure torpide le plus souvent, se développe facilement sur ces organismes affaiblis, chez lesquels l'apport du sang artériel est gêné par la dilatation anévrysmale qui siège à l'origine même du tronc artériel. Elle s'explique encore mieux chez les malades hospitalisés, exposés à la contagion.

Les compressions du poumon, surtout les compressions d'une bronche, amenant une dyspnée plus ou moins intense, une diminution de la respiration dans un poumon, s'expliquent aussi facilement.

De même, les ouvertures de l'anévrysme dans une bronche, dans la plèvre et dans le poumon, sont facilement expliquées.

Plus importantes à étudier au point de vue pathogénique sont les autres complications pulmonaires.

Le plus grand nombre des auteurs sont d'accord pour admettre, dans ces cas, des lésions nerveuses des nerfs pulmonaires; elles sont beaucoup plus souvent en cause que les compressions artérielles, qui sont rares.

L'anévrysme peut-il intéresser les nerfs du poumon?

L'anatomie nous a montré que le plexus pulmonaire lui-même pouvait être comprimé, ou que la compression pou-

vait siéger sur les nerfs qui fournissent à ce plexus. Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que la compression siège le plus souvent à gauche.

Sur treize cas de compression du pneumogastrique, huit fois c'est le pneumogastrique gauche qui était comprimé. Sur neuf cas de compression du pédicule pulmonaire, c'est-à-dire du plexus nerveux péribronchique, huit fois la compression siégeait à gauche.

Les chiffres de cette statistique, empruntée à la thèse de Meunier, concordent avec ceux de plusieurs auteurs. Il est d'ailleurs rare, malheureusement, que ces compressions soient signalées dans les observations.

Ce premier point étant acquis — admis par le plus grand nombre des auteurs, et sur lequel ont insisté particulièrement Harrot-Habershon, Pearson-Irving — il faut nous demander comment, par quel mécanisme, les nerfs sont lésés.

Le plus simple est d'admettre la compression — compression du pneumo-gastrique, du sympathique ou du récurrent, comme, par exemple, dans la forme récurrentielle de Dieulafoy, où une petite dilatation sacciforme suffit à comprimer la crosse du récurrent et à donner une paralysie récurrentielle qui est souvent le premier et le seul symptôme de l'anévrysme.

Mais cette compression doit être lente à se produire. Il y a d'abord déplacement du tronc nerveux, qui s'éloigne, repoussé par l'anévrysme.

C'est lorsque celui-ci devient assez volumineux, que le nerf peut être comprimé, ou distendu, à la suite du déplacement qui lui est imprimé.

Dans ces deux cas, qu'il s'agisse de compression véritable ou de distension, la lésion mécanique est toujours aggravée du fait des battements de la poche, qui sont une série de petits traumatismes répétés.

Mais ce ne sont pas là les seuls facteurs en cause.

L'anévrysme s'accompagne toujours de lésions d'aortite.

Il existe un épaississement de l'enveloppe externe de l'artère et on comprend que le processus inflammatoire puisse envahir les organes voisins. On a cité même des cas où le nerf est enfoui véritablement dans la gangue périartérielle.

De plus, la syphilis est en cause et peut retentir à la fois sur l'aorte, les nerfs, les bronches et les vaisseaux pulmonaires.

Ajoutons que, dans ces cas, l'examen microscopique montre des lésions de névrite plus ou moins intenses.

Les lésions nerveuses sont donc indiscutables, au moins dans certains cas.

Peuvent-elles jouer un rôle dans l'apparition des complications pulmonaires?

A cette question, il semble bien que la plupart des auteurs soient d'accord, à l'heure actuelle, pour répondre affirmativement.

Ce rôle est d'ailleurs depuis longtemps admis, et on connaît l'expérience classique de Villemain, à propos de la localisation d'un foyer de tuberculose après injection intrapéritonéale.

Mais de quelle façon agit le trouble nerveux? En quoi intervient-il dans l'éclosion des accidents pulmonaires? Sur ce point, l'accord n'est point fait. Nous rappellerons surtout les expériences de Traube, de Schiff, de Cl. Bernard, de Vulpian et celles d'Habershon.

La classique pneumonie du vague est-elle simplement une pneumonie de déglutition, comme le montrent les expériences de Traube? Il semble bien qu'il faille faire intervenir, en plus, la vaso-dilatation. Celle-ci amène une altération de la nutrition telle que la cause la plus légère amène une infection souvent grave, caractérisée surtout par son caractère destructif et nécrosant.

Et si l'anévrisme de la crosse de l'aorte entraîne rarement une lésion nerveuse comparable à la section faite dans les expériences, on comprend que, dans certains cas, la pneu-

monie, ou la broncho-pneumonie, peut prendre un caractère gangréneux. Et c'est, à notre avis, de cette façon qu'il faut comprendre les cas de gangrène pulmonaire signalés dans les diverses observations.

Anatomie Pathologique

Nous serons brefs sur le chapitre d'anatomie pathologique.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont variables.

Nous ne décrirons pas celles de l'anévrysme lui-même, dont le volume, le siège, les rapports varient suivant les cas.

Nous n'aurons en vue que les lésions pulmonaires.

Tuberculose pulmonaire : les lésions de tuberculose sont fréquentes.

Sur la plèvre : sous forme d'une symphyse pleurale, d'un épaississement de la plèvre, ou, fréquemment aussi, d'un épanchement pleural; ces lésions ne présentent alors aucun caractère spécial.

Sur le poumon : lésions variables. Depuis les lésions du début de l'envahissement tuberculeux au sommet du poumon, jusqu'aux foyers de broncho-pneumonie tuberculeuse ayant évolué parfois vers la formation d'une caverne.

Ouvertures de l'anévrysme, soit dans la plèvre, soit dans le poumon, soit dans une bronche. Ces ouvertures ne présentent rien de spécial. Parfois, on trouve les fissures qui expliquent les hémoptysies qui se sont produites avant la rupture de la poche.

Pneumonie, broncho-pneumonie, œdème pulmonaire ne présentent, non plus, quand ils existent, rien de particulier. Parfois, cependant, et ce sont les cas qui nous ont spécialement intéressés dans ce travail, on trouve une tendance gangréneuse des foyers pulmonaires. Cette tendance gangréneuse est d'ailleurs sans systématisation nette. Elle est

plus ou moins marquée et plus ou moins étendue. Malheureusement, si plusieurs auteurs (Greene, Carswell) signalent cette tendance gangréneuse, les observations en sont rares et les renseignements sont peu abondants dans celles que nous rapportons.

Mais il est un autre point qui doit, à notre avis, attirer l'attention. Il est remarquable que plusieurs observations insistent sur les lésions de sclérose à systématisation péri-bronchique et périartérielle.

Quel est le rôle de la syphilis dans ces lésions ? Certains auteurs la placent à l'origine de cette sclérose à point de départ vasculaire. Le fait est intéressant, mais n'est peut-être pas suffisamment prouvé.

Etude Clinique et Diagnostique

Au début de cette étude clinique, il nous a paru intéressant de placer un tableau synoptique, emprunté à la thèse de Meunier, et qui montre la fréquence et la nature des complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

Infections pulmonaires et Anévrysmes de la crosse de l'Aorte (résumé de 35 Observations)

AUTEURS (noms et dates)	SIÈGE DE L'ANÉVRYSME	ÉTAT DES NERFS PULMONAIRES	LÉSIONS PULMONAIRES	Rapport entre les lésions nerveuses et les lésions pulmonaires homologues bilat. croisées
1 Blanche	Anévrysme comprim. le pé- dicule pulmon gauche.	(?)	<i>Pneumonie</i> fibrineuse gau- che et tuberculeuse sommet gauche.	Homologues
2 Ogle	Anévrysme comprimant le pédicule pulmonaire.	(?)	<i>Pneumon.</i> « destructive » du côté de la compression	Homologues
3 à 9 Ogle 1858	Sept autres cas semblables.	(?)	id.	Homologues (sept)
10 Haydens	Anévrysme comprim. le pé- dicule pulmon. gauche.	(?)	<i>Pneumonie</i> « destructive » du poumon gauche.	Homologues
11 W. Gull 1859	Anév. de la crosse.	Compression du pneumog. gauche et du flexus pulm. gauche.	id.	Homologues
12 Danjov 1860	Anév. de la crosse.	Compression des deux récur- rents.	<i>Tuberculeuse</i> aux deux som- mets.	Bilatéraux
13 Habershon 1864	Anév. de la crosse.	Compression du pneumog. gauche et du récurrent.	<i>Pneumonie</i> du côté gauche.	Homologues
14 Habershon 1864	Anév. de la crosse.	Pneumog. droit englobé dans la paroi anévrysmatique épaissie.	<i>Pleuropneumonie</i> du lobe in- férieur droit.	Homologues
15 Habershon 1864	Anév. de la crosse.	Refoulement du pneumogast. gauche.	<i>Pleuropneumonie</i> du côté gau- che.	Homologues
16 Herard-Cornil 1864	Anév. de la crosse.	Compression de la bronche et du récurrent gauche.	<i>Pneum-caséuse</i> du poumon gauche q. q. granulat tuber- cul. au sommet droit	Homologues
17 Decorl 1865	Anév de la crosse compr. le pédicule pulmon. gauche.	(?)	<i>Tuberculeuse</i> au sommet gau- che ; pleurésie	Homologues

Infections pulmonaires et Anévrysmes de la crosse de l'Aorte

— 20 —

AUTEURS (Noms et dates)	SIÈGE DE L'ANÉVRYSME	ÉTAT DES NERFS PULMONAIRES	LÉSIONS PULMONAIRES	Rapport entre les lésions nerveuses et les lésions pulmonaires homologues bilat. croisées
18 Malhéné 1865	Anév. de la crosse, portion horizont. compr. le pédi- cule pulmon. gauche.	(?)	<i>Tuberculose</i> bi-latérale, pré- dominante à gauche.	Homologues.
19 Jaccoud 1867	Anév. de la crosse, ascend. développé à droite.	(?)	<i>Tuberculose</i> massive et uni- que du lobe supérieur du poumon droit.	Homologues.
20 Hallopeau 1868	Anév. de la crosse, part. descendante.	Compr. du pédicule pulm. gauche, en part. du pneu- mogastrig. et du récurrent gauche.	<i>Tuberculose</i> du poumon droit.	Croisées.
21 Hallopeau 1869	Anév. de la crosse compr. le pédicule pulmon. droit.	(?)	<i>Tuberculose</i> prédominante à droite.	Homologues.
22 N. Y. Méd. J. 1876	Anév. de la crosse compr. le pédicule pulmonaire gauche.	(?)	Poumon gauche en collapsus.	Homologues.
23 Loomis 1876	Anév. de la crosse compr. un pédicule pulmonaire.	(?)	<i>Pneumonie</i> catarrhale avec hépatisation du même côté.	Homologues.
24 Hanot 1876	Anév. de la crosse.	Compr. du pneumogastir. gauche, atrophie, disso- ciat. des filets pulmon.	<i>Pneumonie</i> colloïde caséi- forme du poumon gauche, sans tubercules.	Homologues.
25 Hanot 1876	Anév. de l'aorte	Compression du pneumo- gastrique droit.	<i>Pneumon.</i> du poumon droit.	Homologues.
26 Defontaine 1887	Anév. de la crosse, portion descendante, refoul. le pé- dicule pulmonaire gauche.	(?)	Infiltration tubercul. et ca- verne au sommet gauche; quelques petits noyaux crétifiés à droite.	Homologues.
27 Maur Raynaud 1877	Anév. de la crosse.	Compression du pédic. pul- mon. gauche et en part. du pneumogastir. et du récurrent gauche.	<i>Dilatation suppurée</i> monilif. des bronches à gauche (exclusiv); quelques tub. dissém. à droite.	Homologues.
28 Pearson Irvine 1878	Anév. de la crosse.	Compression du pneumo- gastrique et du récurrent d'un côté.	<i>Pneumonie</i> « destructive » du même côté.	Homologues.

Infections pulmonaires et Anévrysmes de la crosse de l'Aorte

AUTEURS (noms et dates)	SIÈGE DE L'ANÉVRYSME	ÉTAT DES NERFS PULMONAIRES	LÉSIONS PULMONAIRES	Rapport on re les lésions nervieuses et les lésions pulmonaires homologues bilat. c. 1803
29 Pearson Irvine 1878	Anévr. de la crosse.	Compression du pneumog. et de la bronche d'un côté.	<i>Pneumonie « destructive » du même côté.</i>	Homologues.
30 Talmon 1879	Anévr. du tronc brachio-cé- phalique.	Compres. du pneumogastri- que droit. Névrite con-tatée.	<i>Broncho-pneumonie suppurée des lobes moyens et infé- rieurs du poumon droit</i>	Homologues
31 Aubry 1886	Anévr. de la crosse à l'ori- gine du tronc brachio-cé- phalique.	Compression du pneumogas- trique droit.	<i>Tuberculose pulmonaire pré- dominante à droite.</i>	Homologues.
32 Renault	Anévr. de la crosse.	Compression du pédic. pul- mon. gauche, en particulier du pneumog. gauche.	<i>Tuberculose cavitaire au som- met et pneum. caséuse pseu- do-lobaire du lobe infér. gau- che q. q. tuberc. dissém. du sommet droit.</i>	Homologues.
33 Raymond 1887	Anévr. de la crosse comprim. le pédicule pulmon. gauche.	(?)	<i>Tuberculose généralisée de^s deux côtés.</i>	Bilatérales.
34 Raoult 1892	Anévr. de la crosse à l'origine du tronc brachio-céphali- que.	Compres. nerveuse à droite.	<i>Tuberculose pulmonaire du sommet droit,</i>	Homologues.
35 Blondeau 1895	Anévr. de la crosse (portion concave).	Refoulement, tiraillem., dis- tension, compres. du pneu- mogastrique gauche.	<i>Pneumonie nécrosante du lo- be inférieur gauche.</i>	Homologues.

Il nous est impossible de faire un tableau clinique d'ensemble des complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

C'est pourquoi nous avons cru devoir d'abord rappeler rapidement les signes de l'anévrysme lui-même, pour étudier ensuite les complications pulmonaires l'une après l'autre, en rappelant que l'anévrysme peut être cliniquement latent et que c'est à propos d'une de ces manifestations pulmonaires que son diagnostic doit être fait.

La symptomatologie de l'anévrysme lui-même est faite de signes fonctionnels et de signes physiques.

Ces signes fonctionnels peuvent être eux-mêmes divisés en deux catégories. Dans un premier ordre de faits, il s'agit de symptômes médiastinaux dus à la compression qu'exerce la poche sur les organes du médiastin.

Ce sont d'abord les douleurs qui revêtent différents types : depuis le simple endolorissement jusqu'à la douleur osseuse avec ses caractères d'intensité et sa prédominance nocturne. D'autres fois, la douleur revêt le type de l'*angor pectoris* ; d'autres fois, enfin, ce sont des douleurs du type intercostal brachial ou phrénique.

Dans d'autres cas, l'anévrysme se caractérise par des signes fonctionnels à distance : œdème en pèlerine par compression de la veine cave supérieure, troubles gastro-intestinaux, indépendants de la dysphagie œsophagienne qu'entraîne souvent la compression de l'œsophage, troubles vocaux par compression récurrentielle, enfin, troubles cérébraux, céphalée, vertiges, folie même, ou nerveux, et, en particulier, paraplégie. Enfin, dans d'autres cas, ce sont des troubles pulmonaires sur lesquels nous reviendrons.

Le diagnostic est alors confirmé par l'examen physique du malade. C'est la voussure sternale animée de battements au niveau de laquelle est positive la recherche du signe de Dicu-lafoy avec les index en papier. La matité plus ou moins étendue, qui se confond avec la matité cardiaque. La pal-

pation montre alors deux foyers de battements, comme s'il y avait deux cœurs dans la poitrine. L'auscultation confirme le diagnostic en faisant entendre, au niveau de la voussure, les battements et les souffles. Enfin, on complétera l'examen par la recherche du syndrome artériel, en particulier du retard du pouls radial; par la recherche des différents signes décrits par Oliver Cardarelli, Hall, Grocco.

L'examen oculaire montre fréquemment une inégalité pupillaire que Babinski a montrée devoir être mise sur le compte d'une syphilis nerveuse latente et non pas d'une compression du sympathique.

A dessein, nous n'insistons pas sur cette symptomatologie fonctionnelle et physique, qui n'est pas dans notre programme. Nous l'avons simplement rappelée pour montrer qu'elle suffit au diagnostic et qu'il n'est point nécessaire, lorsque apparaissent au milieu de ce tableau clinique des phénomènes pulmonaires, de leur chercher une autre cause : l'anévrysme dûment constaté a de très grandes chances pour être à l'origine de ces phénomènes.

Mais aussi il est des cas, et ceux-ci sont bien loin d'être rares, où l'anévrysme de la crosse aortique ne s'impose pas avec une telle évidence à l'esprit du clinicien. C'est à propos, justement, d'une complication pulmonaire que le diagnostic va se poser.

Voyons maintenant quelles peuvent être ces différentes manifestations cliniques et comment elles peuvent être rapportées à leur véritable cause. Nous rappellerons encore qu'elles peuvent apparaître au cours d'un anévrysme dûment diagnostiqué ou au milieu d'un état de bonne santé apparente.

Dans plusieurs des observations que nous rapportons, nous voyons le malade se présenter à l'hôpital pour une toux plus ou moins pénible, et surtout pour une dyspnée presque continue, exaspérée par l'effort ou par certaines positions du malade, en particulier par le décubitus horizontal : les

malades se plaignent d'avoir la respiration courte et de s'essouffler facilement.

D'autres fois, c'est la toux qui prédomine et constitue le symptôme capital qui gêne et inquiète le malade.

Elle peut d'ailleurs revêtir différents caractères. Il s'agit, parfois, d'une toux sèche, quinteuse, survenant par crises véritables et d'allure coqueluchoïde, mais sans expectoration, ou suivies seulement du rejet de quelques mucosités.

D'autres fois, la toux s'accompagne d'un caractère de dyspnée plus ou moins intense, pseudo-asthmatique, et les malades viennent consulter, croyant qu'ils ont de l'asthme.

Ou bien cette toux survient par crises plus marquées encore, et surtout s'accompagne d'une dyspnée plus intense. Cette dyspnée un peu spéciale, d'ailleurs, est caractérisée surtout par une grande difficulté de l'inspiration, suivie, au contraire, d'une expiration facile. L'inspiration pénible s'accompagne, d'ailleurs, parfois, de stridulation et même d'un véritable cornage.

Enfin, le symptôme dyspnée atteint le plus souvent son maximum d'intensité lorsqu'il s'agit d'une compression de la trachée : c'est la véritable dyspnée par obstruction laryngée avec tirage et cornage et l'intensité de l'angoisse respiratoire.

Ces accidents peuvent d'ailleurs, suivant les cas, apparaître avec un caractère plus ou moins aigu : quelquefois il y a un véritable spasme laryngé.

Dyspnée d'intensité variable, toux plus ou moins quinteuse et plus ou moins pénible sont parmi les symptômes d'ordre respiratoire ceux qui apparaissent souvent les premiers en date. Aussi bien ils ne signifient pas forcément complication pulmonaire : ils sont dus, bien plutôt, à des compressions du pneumogastrique ou du récurrent de la trachée ou des bronches. Dans ces cas, d'ailleurs, l'examen du poumon reste le plus souvent négatif : on n'entend, à l'auscultation, que la transmission du bruit trachéal, ou bien

on note seulement une diminution plus ou moins nette du murmure vésiculaire dans un territoire pulmonaire, ou dans un poumon.

Il n'en est pas toujours ainsi, et nous arrivons à l'étude des complications pulmonaires proprement dites.

La tuberculose pulmonaire est sans doute la plus fréquente.

Si on examine de tels malades avec soin, poussé par les symptômes fonctionnels, en particulier la dyspnée et la toux qu'ils présentent, on trouve, au niveau d'un sommet, des signes d'envahissement tuberculeux plus ou moins accentué. Nous avons vu, dans un précédent chapitre, la part difficile à délimiter que prennent dans la genèse de cette tuberculisation l'anévrysme lui-même et la gêne qu'il apporte à la circulation artérielle, les compressions bronchiques et nerveuses, la contagion chez les malades hospitalisés. Nous n'insisterons pas sur les signes fournis par l'examen de tels malades. Ils ne diffèrent pas de ceux présentés, en général, par les tuberculeux pulmonaires aux différents degrés. Ce sont, d'une part, des signes pulmonaires; d'autre part, des signes pleuraux. Dans les différentes observations, on signale à l'autopsie des lésions pulmonaires à des degrés variables, des lésions pleurales allant d'une symphyse plus ou moins étendue à la pleurésie avec épanchement variable comme abondance et séro-fibrineuse.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire plait souvent, d'autant plus que ces malades présentent des hémoptysies. Le crachement de sang qui peut être dû à l'évolution du processus tuberculeux doit cependant attirer l'attention du clinicien. Il peut, en effet, être la preuve clinique d'une fissuration de la poche anévrysmale, fissuration qui peut amener des hémoptysies successives, plus ou moins abondantes, jusqu'au jour où se produit la rupture.

Cette rupture, qui est un mode de terminaison de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, peut se faire dans la plèvre

ou dans le poumon; elle est d'ailleurs toujours mortelle, et nous n'y insisterons pas.

A côté de cette évolution torpide, que nous venons de décrire, à la tuberculose pulmonaire, compliquant l'anévrysme de la crosse aortique, il faut signaler une évolution aiguë ou subaiguë.

Il s'agit alors, le plus souvent, d'un foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse, dont les signes ni l'évolution ne diffèrent de ceux des broncho-pneumonies bacillaires banales.

Mais il existe d'autres complications pulmonaires de l'anévrysme aortique, en dehors de la tuberculose et de la rupture de la poche dans le poumon, ou la plèvre. Elles sont moins fréquentes, sans doute, et, pour cette raison, moins étudiées dans les traités classiques.

Une des observations (IX) que nous rapportons signale, en particulier, une transformation fibreuse du tissu pulmonaire, à point de départ péri-bronchique et péri-artériel. Quels sont les rapports de cette sclérose pulmonaire, dont la symptomatologie s'est montrée fruste, d'ailleurs, avec l'anévrysme? S'agit-il de rapports de cause à effet?

Ou bien anévrysme et sclérose pulmonaire sont-ils conséquences d'une même cause : la syphilis? C'est, à notre avis, un point qu'il serait intéressant d'élucider, et qui n'a point été assez mis en lumière. Et, ce qui fait l'intérêt de cette observation que nous signalons, c'est précisément la lésion unilatérale : un seul poumon est atteint, au contraire, comme y insiste justement l'auteur, de ce qu'on est habitué à voir dans la syphilis héréditaire, où les deux poumons sont atteints.

Les manifestations pulmonaires compliquant l'anévrysme de la crosse aortique peuvent revêtir une allure plus aiguë.

L'œdème aigu du poumon, pour rare qu'il soit, peut apparaître au cours de l'évolution de l'anévrysme. Ce peut être un œdème aigu généralisé avec sa symptomatologie habi-

tuelle — sa dyspnée et son expectoration spéciale — et peut-être aussi un œdème subaigu, caractérisé surtout à l'auscultation par l'abondance des râles sibilants et sous-crépitants. C'est là, à proprement parler, une complication rare, mais qui présente, lorsqu'elle apparaît, l'évolution et le pronostic habituels de l'œdème pulmonaire, dont on sait la gravité.

Souvent les lésions sont moins marquées.

Les malades se plaignent d'une toux plus ou moins pénible, d'une expectoration muco-purulente et l'auscultation nous fait entendre des râles de bronchite plus ou moins disséminés ou un foyer de congestion pulmonaire plus ou moins étendu.

Cette bronchite ou cette congestion pulmonaire, qui peuvent n'avoir qu'une signification banale et une évolution bénigne, peuvent aussi, comme nous le verrons, évoluer de façons graves.

D'autres fois, les malades qui n'accusaient auparavant aucun trouble pulmonaire sont pris brusquement d'un point de côté et d'une dyspnée parfois intense.

L'examen fait découvrir seulement un petit foyer de submatite, où le murmure vésiculaire est diminué. L'embolie pulmonaire est, en effet, un accident qui survient au cours de l'anévrysme de l'aorte et revêt une physionomie variable.

Elle peut passer inaperçue; elle peut aussi donner lieu à un foyer pulmonaire plus ou moins étendu, ou, encore, de même que toutes les embolies à point de départ périphérique, déterminer l'apparition d'un épanchement pleural.

Nous en arrivons ainsi à l'étude des complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse de l'aorte qui nous ont particulièrement intéressés.

Nous avons signalé à l'étiologie la pneumonie du vague; nous avons vu comment elle pouvait se produire, par quel mécanisme on avait essayé d'expliquer son apparition.

En effet, si des malades atteints d'un anévrysme de la

crosse de l'aorte sont exposés comme d'autres à l'infection pneumococcique, s'ils peuvent, comme des sujets sains, faire une pneumonie lobaire franche avec son évolution classique, ils sont aussi exposés, de par leur anévrysme, justement par l'intermédiaire des lésions nerveuses, comme nous l'avons vu, à cette lésion pulmonaire qu'il conviendrait de nommer broncho-pneumonie plutôt que pneumonie.

C'est précisément le cas du malade que nous avons vu dans le service du professeur Widal et à propos duquel nous avons eu l'idée de cette thèse.

Dans de tels cas, l'anévrysme étant ou non diagnostiqué, s'étant ou non traduit par des symptômes fonctionnels plus ou moins accentués, les malades font brusquement une infection pulmonaire différemment caractérisée. Ou bien c'est un début brusque et même solennel, avec un frisson violent, un point de côté, et, plus tard, une toux sèche d'abord, qui ramène ensuite une expectoration muco-purulente.

Ou bien c'est un début plus lent, plus mal caractérisé. Après quelques jours de courbature, de fatigue générale, de troubles digestifs, les malades se plaignent d'un point de côté vague, d'une toux pénible, ramenant une expectoration plus ou moins abondante.

L'examen de ces malades montre un foyer pulmonaire plus ou moins étendu. La percussion montre de la matité, l'auscultation des râles sous-crépitaux et des sibilants parfois un souffle qui est rarement véritablement tubaire. On porte, suivant les cas, le diagnostic de pneumonie ou de broncho-pneumonie. Les signes généraux, et en particulier la température vers 39°-40°, confirment ce diagnostic.

Le plus souvent, ce n'est pas, à proprement parler, le tableau classique de la pneumonie franche aiguë, qu'on pense à broncho-pneumonie ou à congestion pulmonaire.

Mais c'est surtout l'évolution de ce foyer pulmonaire qui est intéressant à notre point de vue.

mes persuadés qu'elles seraient plus fréquentes si l'attention était davantage attirée sur ce point.

Le malade que nous avons vu chez le professeur Widal et dont nous rapportons l'observation, présentait au début des signes de pneumonie et c'est ce diagnostic qui avait été posé. De fait, la maladie évolua bien comme une pneumonie. Mais au 9^e jour, au lieu de la guérison, survinrent, avec des oscillations de la température, une expectoration fétide, surtout une haleine fétide, des signes pulmonaires différents et surtout des râles humides.

A quoi pourra-t-on reconnaître cette transformation gangréneuse du foyer pulmonaire ?

C'est un diagnostic le plus souvent facile, auquel aideront la fétidité de l'haleine, la fétidité et les caractères de l'expectoration qui prend dans le crachoir l'aspect habituel de l'expectoration gangréneuse — accessoirement l'apparition des oscillations thermiques, de l'atteinte de l'état général — et à l'auscultation des râles humides.

Telles sont les complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. La gangrène pulmonaire est rare, en effet. Mais, à notre avis, elle soulève une question intéressante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue diagnostique et pathogénique, et c'est pour cette raison que nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse.

Diagnostic — Traitement

Nous serons bref sur la question du diagnostic.

Il se pose dans deux circonstances différentes :

1° Il s'agit d'un malade porteur d'un anévrysme de la crosse de l'aorte; la lésion pulmonaire présentée par ce malade est-elle sous la dépendance de son anévrysme?

C'est une question à laquelle on pourra répondre, le plus souvent, par l'affirmative. Il est incontestable que de tels malades peuvent, comme des sujets sains, faire une infection pulmonaire quelconque, mais le plus souvent, peut-on dire, celle-ci reste conditionnée par l'anévrysme, et, dans tous les cas, la constatation de celui-ci apporte un élément de pronostic nouveau et que le clinicien ne devra jamais négliger.

2° Il s'agit d'un malade porteur d'un anévrysme latent, la complication pulmonaire est la première manifestation clinique.

Dans ces cas, le diagnostic peut s'égarer en ce sens que l'anévrysme peut passer inaperçu lorsque sa symptomatologie fonctionnelle et physique est fruste.

Dans tous ces cas, il restera à la disposition du clinicien un élément de diagnostic particulièrement important, dont nous n'avons pas parlé à dessein jusqu'à maintenant, mais sur lequel nous voulons insister en terminant : c'est la radioscopie.

En effet, à l'écran, nous pourrions voir déjà en situation antéro-postérieure des ombres pulmonaires, qui témoigne-

ront des foyers diagnostiqués cliniquement, comme c'était le cas de notre malade.

Surtout, l'examen latéro-latéral nous permettra de voir la poche anévrysmale. L'ombre de la poche prolonge en haut l'ombre cardiaque; elle comble l'espace normalement clair en arrière du cœur, et en avant de la colonne vertébrale; enfin, cette ombre est animée de battements.

Tels sont les différents éléments qui nous permettront de confirmer un diagnostic, qui, comme nous l'avons vu, est le plus souvent facile.

Quant au traitement de ces complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, il ne pourra être que palliatif.

Le pronostic est conditionné avant tout par l'existence de la poche anévrysmale. La complication pulmonaire, si elle peut guérir, pour son propre compte, peut aussi souvent, particulièrement au cas de gangrène pulmonaire, hâter le dénouement fatal.

On luttera, dans tous les cas, par les moyens ordinaires contre l'infection pulmonaire et contre l'atteinte de l'état général; mais, nous le répétons, le traitement ne pourra être trop souvent que palliatif.

OBSERVATION I (*inédite*).

Théophile C..., âgé de 48 ans, terrassier, entre à l'hôpital Cochin, le 29 décembre 1912, pour une affection aiguë des voies respiratoires ayant débuté brusquement le 22 décembre.

Assez bien portant jusqu'alors, et exerçant sans fatigue sa profession, il a été pris de frisson, de fièvre et a dû s'aliter. Le

lendemain apparaissait un violent point de côté siégeant à droite. Les jours suivants, la fièvre, les sueurs persistaient, la douleur disparaissait; le malade, très essoufflé, toussait beaucoup et rendait, en assez grande abondance, une expectoration rosée. C'est devant la persistance de ces symptômes qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Le jour de l'entrée, nous nous trouvons en présence d'un malade dyspnéique à visage légèrement vultueux, ne présentant pas d'herpès, se plaignant de gêne respiratoire, d'une légère douleur à la base du thorax à droite, et expectorant des crachats visqueux, ocrés, très adhérents, de coloration rouille caractéristique. La température est à 39°,2.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle une zone de matité étendue aux deux tiers inférieurs du poumon droit, avec exagération des vibrations vocales dans cette même région. A l'auscultation, un souffle tubaire, présentant son maximum dans la région axillaire, et des râles humides. Bronchophonie, pectoriloquie, pas d'égophonie. Sommet droit, respiration supplémentaire. A gauche, on entend la respiration jusqu'à la base, avec quelques râles de bronchite, d'ailleurs discrets.

Les bruits du cœur sont normaux; la pointe, un peu abaissée, bat dans le 6^e espace intercostal. Le pouls est rapide, mais bien frappé. Pas d'autres symptômes du côté des différents viscères; la rate est percutable un travers de doigt, le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes. Les urines contiennent des traces d'albumine.

Interrogé sur ses antécédents, le malade donne peu de renseignements importants. Les parents sont morts; il est marié et a trois enfants bien portants; sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il n'a jamais été malade. Depuis un an, il a remarqué qu'il s'essoufflait facilement à l'occasion des efforts, et, en particulier, en montant les escaliers. Il présentait, en même temps, des palpitations. On ne note, toutefois, ni vertige, ni céphalée, ni cryesthésie, ni doigt mort, ni aucun symptôme de petit brigh-tisme. Il n'a jamais eu les jambes enflées. D'ailleurs, il a pu continuer son métier de terrassier jusqu'au début de la maladie qui l'a amené à l'hôpital.

Etant donné le début brusque, le point de côté, la fièvre, l'ex-

pectoration et les signes physiques constatés, nous portons le diagnostic de pneumonie franche du poumon droit au 7^e jour et prescrivons le traitement habituel : ventouses scarifiées, potion de Todd, 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, 1 gramme de terpine et le régime lacté.

Le lendemain, 30 décembre, même état; la température est à 38°,8.

Le 31 décembre, le malade se sent amélioré; la température est tombée à 37°; la dyspnée est moins vive; les signes physiques pulmonaires restent à peu près les mêmes : matité et gros râles humides dans les deux tiers du poumon en arrière.

2 janvier. — La température est remontée à 39° la veille dans la soirée, elle est à 37°,8 le matin. Le malade est plus dyspnéique que les jours précédents; pas de point de côté, expectoration muco-purulente peu abondante. Les signes physiques sont moins nets, les râles moins nombreux à la base droite.

7 janvier. — Depuis le 2 janvier, la température présente des oscillations quotidiennes entre 39°,2 et 37°,8. De plus, est apparu un nouveau symptôme : sans faire, à proprement parler, de vomique, le malade présente, depuis quarante-huit heures, une expectoration très abondante. 200 à 300 grammes environ, nettement fétide et composée de crachats muco-purulents, grisâtres. L'haleine est nettement plus fétide que l'expectoration. L'état général est peu satisfaisant : le malade a l'aspect fatigué, le faciès moins vultueux qu'au début, la respiration rapide. L'examen physique est en discordance avec l'examen général et fonctionnel. Du côté du poumon droit, ne persiste que de la submatité de la base en arrière; à l'auscultation, la respiration s'entend à peine, diminuée à la base, avec quelques râles muqueux et quelques sibillances. Du côté gauche, on note de la submatité de la base, de la diminution du murmure vésiculaire, des râles de bronchite.

10 janvier. — L'expectoration est plus abondante que les jours précédents : elle est d'aspect nettement sphacélique, divisée en trois couches dans le crachoir, avec une couche inférieure assez abondante de débris grisâtres. Aujourd'hui encore, l'haleine est plus fétide que l'expectoration. Pas d'hémoptysie.

Le malade est très prostré, le teint est plombé. La température est à 39°; les urines sont albumineuses; le pouls est rapide.

L'examen des poumons est à peu près négatif pour le poumon droit. Du côté gauche, on note de la matité de la base, matité qui s'étend sans limite supérieure précise sur le tiers inférieur du poumon en arrière. Les vibrations ne sont pas abolies. A l'auscultation, outre de nombreux râles de bronchite disséminés sur toute la hauteur du poumon, on perçoit à la base, après la toux, de gros râles humides à timbre cavitaires; il n'existe pas de souffle.

L'examen radioscopique n'a pu être pratiqué que le 11 janvier par le docteur Rauld-Lapointe, qui nous a remis la note suivante :

« *Examen en position antéro-postérieure.* — Sommets obscurs. Poumon droit clair. Sur toute la surface du poumon gauche, nombreuses taches foncées de contours irréguliers; obscurité de la base gauche; le cul-de-sac gauche ne s'éclaire pas dans l'inspiration. A la partie moyenne, dans la région hilare, une ombre triangulaire à base interne, à sommet externe,



Radioscopie Th. C. Ombre assez opaque en *a*, semblant indépendante de l'ombre aortique

très opaque, non animée de battements et qui semble indépendante de l'ombre cardioaortique.

« *En position oblique.* — Tout le médiastin est foncé sans qu'il soit possible de déterminer si l'opacité est aortique ou juxtaaortique... »

12 janvier. — L'état général est toujours grave, malgré les stimulants utilisés depuis plusieurs jours. Le malade est prostré, le faciès est plombé, l'expectoration toujours abondante et fétide. Mêmes signes physiques pulmonaires. Etant donnés les résultats de l'examen radioscopique et la possibilité de l'existence d'une ectasie aortique, nous examinons à nouveau complètement l'appareil cardioartériel. L'inspection de la région précordiale n'apporte aucun renseignement; par la palpation, la pointe du cœur est repérée dans le 6^e espace intercostal sur la ligne mamelonnaire; la matité cardioaortique n'est pas augmentée d'étendue; à l'auscultation, les bruits du cœur sont normaux, malgré la tachycardie. Il n'existe aucun retard des pouls radiaux et fémoraux. Pas de battements trachéaux.

Vers 6 heures du soir, nous sommes appelés en hâte près du malade, qui vient d'être pris d'hémoptysie. Quand nous arrivons, nous trouvons le malade rejetant à pleine bouche, au milieu de quintes de toux, du sang noir, ayant l'aspect du sang veineux : le lit est littéralement inondé. Le malade meurt au bout de quelques minutes.

AUTOPSIE.

Après ouverture du thorax et extraction en bloc des poumons, du cœur et des gros vaisseaux, on voit, en écartant les poumons, que la partie supérieure du médiastin est occupée par une masse volumineuse : cette masse n'est autre chose qu'un volumineux anévrysme de l'aorte ; cet anévrysme est fusiforme. L'aorte commence à se dilater immédiatement au-dessus de la sortie du péricarde, et la dilatation se prolonge jusqu'à la fin de la crosse aortique, au contact de la colonne vertébrale. L'incision de la poche montre que ses parois sont épaisses, doublées par des stratifications fibrineuses organisées. Le canal artériel est irrégulier, et dans les diverticules se trouvent des caillots noirâtres, de formation récente.

Cet anévrysme refoule assez fortement le poumon gauche; il

adhère assez intimement à la face interne des deux poumons. Les gros vaisseaux artériels se dégagent de la crosse en plein anévrysme. Ils sont le siège de lésions athéromateuses.

L'incision du péricarde montre une petite quantité de liquide citrin. Le cœur montre un ventricule gauche légèrement hypertrophié : la paroi ventriculaire, sur une coupe, est notablement plus épaisse que normalement. L'orifice aortique est élargi : les valvules sigmoïdes sont athéromateuses. Poids du cœur : 350 grammes.

Dans la trachée et dans les grosses bronches, on constate la présence d'un liquide noirâtre, d'odeur putride, constitué par un mélange de sang et de liquide sanieux provenant des lésions pulmonaires,

Le poumon gauche apparaît de couleur rouge sombre dans ses deux tiers inférieurs ; sa consistance est accrue à ce niveau. En incisant l'organe, on constate l'existence de deux cavités : l'une inférieure, presque grosse comme un œuf de poule ; la seconde, située au-dessus, grosse comme un œuf de pigeon ; ces deux cavités, irrégulières et anfractueuses communiquent entre elles par une sorte de canal étroit et tortueux ; la caverne supérieure s'ouvre dans une bronche.

Ces cavités sont limitées par une sorte de fausse membrane pulpeuse, friable, d'un jaune grisâtre. Dans ces cavités, on constate l'existence d'une certaine quantité de sang noir formant des caillots mélangés à du liquide putride.

Le poumon droit présente une hyperémie assez notable au niveau de la base. Le foie pèse 1.550 grammes : il est pâle et mou.

La rate pèse 220 grammes ; elle est molle, presque complètement putréfiée. Rien d'anormal aux autres organes.

OBSERVATION II (Thèse de Roques).

Anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte, considéré pendant la vie comme un anévrisme du tronc brachio-céphalique droit opéré comme tel par la ligature de la carotide et de la sous-clavière. — Rupture de cet anévrisme dans la plèvre gauche. — Nombreuses lésions artérielles anciennes.

Ker... (Marie), âgée de 55 ans, était asthmatique depuis très longtemps. Elle avait été opérée par Guignard pour un anévrisme du tronc brachio-céphalique. Elle est morte le 19 novembre 1908.

AUTOPSIE.

En enlevant le sternum, on met à nu deux masses dures, volumineuses, de la grosseur d'une grosse orange de Jérusalem qui paraissent constituer non seulement une tumeur anévrysmatique de l'aorte, mais encore une série de lésions inflammatoires chroniques *périanévrismales consécutives* pour une part au moins aux opérations chirurgicales pratiquées à leur niveau.

En dégagant la région de la sous-clavière droite, on trouve le fil posé par le chirurgien sur cette artère au delà de l'anévrisme. On croit de même reconnaître le fil qui avait été placé sur la carotide primitive.

Le sternum entraîne avec lui une partie de la poche adhérant intimement à la face postérieure de l'os. On met aussi à nu des blocs de caillots grisâtres, anciens, qui, semble-t-il, la comblaient. La tumeur anévrysmatique ne commence qu'à environ 5 centimètres au-dessus de l'origine de la crosse.

Le doigt introduit dans la crosse reconnaît l'existence d'une énorme *cavité anévrysmatique*, logée dans la partie antéro-supérieure de la crosse. Cette masse comprime le sommet du poumon droit. A l'intérieur de la tumeur, et au-dessus du collet du sac, les caillots forment une masse de la grosseur d'un œuf de pigeon; leur poids représente environ 25 grammes. Une fois les caillots détergés, on arrive sur une surface plane, légèrement excavée, occupant tout le fonds de la poche et constituée

par des caillots fibrineux lamellaires, nettement organisés, preuve que l'anévrysme a subi un processus de guérison.

En examinant la partie supérieure de la plèvre droite, on constate qu'en avant d'une adhérence intime du sommet existent de larges *ecchymoses sous-pleurales* développées dans l'épaisseur de la plèvre médiastinale. Une petite fissure d'un millimètre de long s'est produite au niveau du repli formé par la symphyse pleurale à ce niveau. Une incision portant sur elle permet d'arriver immédiatement sur la couche profonde des vieux caillots de guérison comblant la cavité anévrysmale. Il est facile d'établir qu'à ce niveau du moins la paroi de l'anévrysme avait pour ainsi dire disparu et n'était représentée que par les adhérences pleurales recouvertes des caillots stratifiés. Ces couches stratifiées de vieux caillots sont friables et laissent entre elles des sortes de cavités, géodes, remplies d'un liquide puriforme, épais, ici jaune rosâtre, là couleur café au lait ou chocolat.

L'examen de la surface interne de la poche permet de reconnaître l'origine réelle du tronc brachio-céphalique sous forme de fente linéaire étalée.

Le *tronc artériel brachio-céphalique* se trouve aplati contre la partie antérieure et supérieure de l'anévrysme. On le reconnaît parce qu'il forme une sorte de ruban plat, large de 16^{mm} environ et se terminant en haut par la carotide primitive. Celle-ci a été liée à environ 1 centimètre au-dessus de son origine.

La *carotide primitive* droite est très athéromateuse et complètement oblitérée, dans toute son étendue par suite du développement d'une artérite oblitérante ancienne. A droite de cette ligature, on reconnaît également l'origine de la *sous-clavière* également liée, mais dont le point de ligature est difficile à reconnaître. Cette artère est perméable dans toute son étendue, sauf à son origine, où elle est oblitérée par l'ancienne ligature et où l'on trouve un petit caillot thrombosique.

La *carotide externe* qui lui fait suite est perméable à 3 centimètres de son origine.

La *carotide interne* à 3 centimètres de son origine est oblitérée. Elle est très petite. Sur l'artère sous-clavière droite, immédiatement en dehors de la ligature, tout au moins quatre branches collatérales assez volumineuses sont perméables.

L'artère axillaire droite est normale.

La *carotide primitive* gauche contient à son origine un caillot ne comblant pas l'artère et lui adhérent sur une petite étendue. Il semble plus ancien à 5 centimètres au-dessus de l'origine de la carotide.

Néanmoins une coupe transversale pratiquée à 1 centimètre de l'origine de l'artère, la montre comblée par un caillot fibrineux récent, rougeâtre.

La *sous-clavière* gauche naît au delà du collet de la poche anévrysmatique. Elle est modérément athéromateuse. A son origine, elle est perméable.

La *veine jugulaire droite* ainsi que le tronc veineux *brachio-céphalique droit* sont normaux. Il en est de même pour la *veine sous-clavière droite*.

Le tronc *veineux brachio-céphalique gauche*, sur une coupe passant loin de son abouchement de la veine cave supérieure, apparaît écrasé par la tumeur. Il est oblitéré. La veine sous-clavière gauche à 4 centimètres de son embouchure est thrombosée par des caillots anciens et est complètement oblitérée.

La *veine jugulaire gauche* est très dure et très épaisse. Elle est occupée également par un caillot partiellement adhérent qui ne semble pas l'oblitérer totalement. Depuis l'embouchure de la veine, le caillot remonte au moins à 7 centimètres.

Le cœur est petit. L'aorte à son origine est athéromateuse.

Les *valvules sigmoïdes* de l'aorte sont normales; l'origine de la *crosse* athéromateuse est calcifiée par flots. La *coronaire* gauche est perméable à son origine. La droite est rétrécie à son origine par un placard athéromateux.

Tout le tissu cellulaire du médiastin est épaissi et devenu fibreux.

La cavité pleurale contient dans sa partie supérieure un volumineux caillot du poids d'une centaine de grammes.

La *trachée*, le *larynx*, les *grosses bronches* sont intactes. La tumeur anévrysmatique comprime la portion droite de la face antérieure de la trachée sans toutefois l'avoir ulcérée.

Le *poumon gauche* présente à son sommet, de la sclérose anthracosique. Il y a de nombreuses adhérences fibreuses anciennes qui ont laissé la partie antéro-interne libre, laquelle est

remplie par des caillots cruoriques récents. Il y a plus de 300 grammes de caillots dans la plèvre. La partie inférieure du lobe supérieur est creusée d'une caverne qui communique par des sinuosités avec une poche logée dans le haut du lobe inférieur. Cette poche est anfractueuse, remplie de pus grisâtre et de fragments putrilagineux du poumon (gangrène pulmonaire).

La totalité des bronches est remplie de pus. De place en place, on trouve encore dans le parenchyme du poumon gauche des îlots de broncho-pneumonie caractérisés par des nodules grisâtres, denses et secs (gangrène ?). Après l'action du liquide Müller ce poumon montre mieux qu'à l'autopsie la mortification gangréneuse du tissu pulmonaire au niveau de la caverne inférieure. La caverne supérieure est évacuée, détergée, et sa surface est constituée par une mince membrane pyogénique ne présentant aucune trace de lésions caséeuses tuberculeuses.

Le *poumon droit* est recouvert de lésions de pleurésie chronique conglomérées surtout à la partie inférieure. De plus, la plèvre diaphragmatique est tapissée de fausses membranes fibreuses récentes. Quelques bronchioles dilatées existent çà et là.

Le *foie* pèse 1.600 grammes. Il est congestionné. La vésicule biliaire est énorme. Elle contient un calcul. La bile est claire.

Le *rein droit* pesant 130 grammes est granuleux, congestionné. Il existe quelques kystes à la surface.

Le *rein gauche* est couvert de dépressions cicatricielles à sa surface. Ces lésions rappellent l'aspect d'anciens infarctus superficiels.

La *rate* entourée d'adhérences et de graisse se trouve sectionnée pour ainsi dire en deux parties inégales par une ancienne cicatrice d'un énorme infarctus. La pulpe splénique est d'un gris brun.

L'*œsophage*, l'*estomac*, le *duodenum*, le *pancréas*, l'*intestin* en entier sont normaux.

L'*encéphale* est cyanosé, très ferme. Les sylviennes et le tronc basilaire sont normaux. Sur la face supérieure du lobe du cervelet, existe un placard de ramollissement ancien de la largeur d'une pièce de deux francs. A ce niveau, toute trace de circonvolution a disparu. Dans l'hémisphère cérébral gauche, existe un foyer de ramollissement ancien qui occupe la circonvolution

du corps calleux, et une partie du corps calleux lui-même. Ce foyer de ramollissement mesure 4 centimètres de long.

L'artère cérébrale antérieure gauche est oblitérée en un point.

En résumé : anévrysme sacciforme de la crosse de l'aorte, rupture de cet anévrysme dans la plèvre gauche, nombreuses lésions artérielles anciennes (infarctus des reins, de la rate, foyers multiples de ramollissement cérébral).

OBSERVATION III (Thèse de MEUNIER).

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Compression du pneumogastrique gauche. — Pneumonie nécrosante et suppurée du poumon gauche.

Résumé. — Bot... (Hortense), 54 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 20 septembre 1894.

Antécédents insignifiants.

Début de l'affection actuelle, il y a un an : oppression par accès, toux quinteuse, coqueluchoïde; pas de douleurs. Dysphonie, voix éteinte. Dysphagie, picotement pharyngé; déglutition très difficile dans les derniers temps.

Etat actuel. Signes physiques : voussure sternale légère, animée de battements au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux gauches. Pas de thrill. Matité à 7 centimètres en dehors de la ligne médiane. Double souffle : pas de claquement. Cœur hypertrophié.

Pas d'œdème aux membres inférieurs; pas de troubles pupillaires. Foie normal. Etat saburral des voies digestives.

Toux quinteuse, fréquente. Quelques râles de bronchite; expiration bruyante; respiration diminuée à gauche. Orthopnée. Température normale.

Le 22, fièvre, abattement, augmentation des râles de bronchite.

Le 24, température 39°. Signes de pneumonie bâtarde; crachats muco-purulents. Respiration soufflante à la base gauche.

Le 26, marasme.

Le 27, mort.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve toute la région supérieure du médiastin occupée par un volumineux anévrysme de la crosse; la dilatation artérielle porte sur la totalité du vaisseau, mais elle atteint son diamètre maximum à l'union de la portion ascendante et de la portion horizontale. Les organes voisins, poumons, trachée, veine cave supérieure, sont écartés de leur siège normal par la tumeur. Celle-ci est entourée d'une enveloppe fibro-conjonctive qui contracte des adhérences avec les tissus ambiants : le pneumogastrique droit est simplement refoulé en arrière; le gauche, étroitement appliqué sur la poche anévrysmatique, la contourne de haut en bas, pour s'engager au-dessous d'elle et suivre son trajet profond, au-dessous du pédicule bronchique; dans son passage préaortique, le nerf adhère fortement à la tunique fibreuse de l'artère et paraît aplati; le diamètre de l'anévrysme mesure à ce niveau 7 centimètres et le contact du nerf avec l'artère s'effectue sur une longueur de 8 centimètres environ (au lieu de 2 ou 3, sur une aorte normale).

La plèvre droite présente quelques adhérences fibrineuses, réunissant le poumon à la paroi suivant une bande de 4 à 5 centimètres de large, disposée en écharpe autour de l'organe. Le poumon droit est congestionné dans les parties déclives; il n'offre pas de lésions impliquant une infection développée.

Le poumon gauche, tapissé extérieurement de quelques placards fibrineux, peu adhérents, se fait remarquer surtout par l'aspect de plénitude et la résistance de son lobe inférieur. A la coupe, le lobe supérieur est aéré, crépitant, emphysémateux au niveau de son bord libre; il ne paraît pas infecté. Le lobe inférieur est le siège d'une pneumonie totale; le degré de l'hépatisation varie avec la hauteur; dans les portions supérieures, on a affaire à de l'hépatisation grise, avec tendance à la suppuration; puis c'est un foyer de nécrose, dans lequel le tissu pulmonaire est complètement dégénéré : au milieu d'un liquide puriforme de couleur brunâtre, nagent des fragments de parenchyme sphacélé, qui se détachent sous un filet d'eau et découvrent une

cavité anfractueuse, aux parois spongieuses, déchiquetées, informes. Cet abcès pulmonaire est séparé de la surface pleurale par une zone d'hépatisation grise; son contenu dégage une odeur fétide, mais pas gangréneuse.

OBSERVATION IV (HUCHARD, *Bull. Méd.*).

D..., homme de 54 ans, journalier, entre à l'hôpital Necker, salle Chauffard, le 22 février 1901. Cet homme, malade depuis deux ans environ, se plaint d'une toux opiniâtre, de douleurs très vives dans le côté gauche du thorax et d'une grande faiblesse. Il a beaucoup maigri. Rien à noter dans ses antécédents.

L'examen, à l'entrée, révèle une matité absolue occupant toute la moitié gauche du thorax, avec diminutions des vibrations thoraciques; légère broncho-égophonie; pas de pectoriloquie aphone. Abolition totale du murmure vésiculaire dans plus des 2/3 inférieurs du thorax à gauche. Au sommet, respiration très affaiblie et quelques râles sous-crépitaux. A droite, respiration emphysémateuse et supplémentaire.

Rien de particulier aux autres organes. Le cœur, dont les bruits un peu sourds, n'est pas dévié. Cette dernière constatation, jointe à l'insuccès de plusieurs ponctions exploratrices pratiquées en divers endroits, fait écarter l'idée d'un épanchement pleural. On porte le diagnostic de symphyse pleurale chez un tuberculeux, en s'appuyant surtout sur quelques-uns des symptômes précédents et surtout sur un état prononcé de rétraction thoracique du côté malade. Cependant, les crachats muco-purulents ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Le 3 mars, nouvelles ponctions exploratrices sans résultat. Le malade est soumis à l'épreuve radiographique, qui révèle une zone d'ombre compacte occupant toute la moitié gauche du thorax, et se confondant avec l'ombre du cœur. Celle-ci, d'autre part, ne dépasse pas d'une façon anormale le bord droit du sternum.

Vers le 5 mars, l'état général s'aggrave. La courbe de la température, peu élevée jusque-là, décrit de grandes oscillations, à type hectique assez irrégulier (39 ou 40° le soir, 37° le matin). Le pouls est petit, fréquent (120 à 140 pulsations). Diarrhée jaune abondante et incoercible. Dyspnée continue, puis orthopnée. Ces symptômes font soupçonner un épanchement purulent enkysté de la plèvre. Mais de nouvelles ponctions exploratrices pratiquées un peu partout ne donnent rien.

Dans le courant du mois de mars, le malade est plusieurs fois examiné à l'occasion du concours des hôpitaux. L'opinion générale est qu'il s'agit d'une symphyse de la plèvre; cependant, l'hypothèse d'une tumeur du médiastin est discutée.

Le 23 mars, dans la matinée, on fait à nouveau quelques ponctions exploratrices. L'une d'elles, pratiquée à la région antéro-axillaire, amène de la sérosité transparente.

Vers les 8 heures du soir, le malade, qui venait d'aller aux cabinets, se déshabillait près de son lit. Soudain, un jet volumineux de sang lui sort de la bouche et du nez, par saccades, sans provoquer de toux. Le malade, appuyé à son lit, ne pouvant parler, frappe du pied pour appeler au secours : il s'affaisse et meurt deux ou trois minutes après.

Ces symptômes ultimes permettent alors à M. Huchard de faire un diagnostic rétrospectif, et d'affirmer l'existence d'un anévrysme méconnu de l'aorte, ouvert dans la trachée ou dans une bronche.

L'autopsie (25 mars) montra, en effet, un anévrysme sacculaire, du volume d'une mandarine, situé à la partie antéro-interne de la portion descendante de la crosse aortique. La cavité de l'anévrysme présente plusieurs diverticules : l'un d'eux communique par un orifice arrondi, d'une pièce de 50 centimes, avec la face postérieure de la bronche gauche, adhérente à la tumeur. Les bronches et la trachée sont remplies de caillots.

Le tissu fibreux péri-anévrysmal adhère à la face antérieure de l'œsophage, et englobe le nerf pneumogastrique gauche à tel point qu'il est impossible de le disséquer à ce niveau. Cependant, M. Natiot, externe du service, y parvient après une très habile dissection de la pièce. A signaler une grande lacune dans l'observation : le nerf vague comprimé n'a pu être histologique-

ment examiné par suite de circonstances indépendantes de notre volonté.

La plèvre gauche, très épaissie, est presque partout adhérente. En avant, vers l'aisselle, elle forme une poche qui contient 200 à 300 grammes d'une sérosité transparente.

Le poumon gauche forme un bloc compact, très dense, gris cendré à la coupe. Celle-ci sèche, et légèrement granuleuse. L'examen microscopique, négatif au point de vue de la tuberculose, montre un parenchyme pulmonaire désorganisé, des alvéoles déformées, oblitérées ou remplies de leucocytes en dégénérescence.

Le poumon droit est emphysémateux et congestionné à la base.

Le cœur est petit. L'aorte, dans toute son étendue, est parsemée de plaques athéromateuses.

OBSERVATION V (GREENE, *Dublin Journal of Méd.*, 1846).

M. D..., âgé de 46 ans, laboureur. Antécédents d'alcoolisme. A eu la syphilis. Congestion veineuse du cou et du thorax. Mort de gangrène pulmonaire. Il n'existait pas de tumeur nette, mais le tiers supérieur du sternum était soulevé légèrement par une double impulsion.

La dyspnée, peu considérable au début, devint constante quelque temps avant la mort.

La toux et la voix, normales d'abord, devinrent à la fin rudes. Il existait une expectoration très fétide.

Dysphagie : gêne à la descente des aliments rapportée à la fourchette sternale. Par instants, cette dysphagie est plus marquée et douloureuse.

La douleur intermittente irradie vers le cou et l'épaule; elle est lancinante.

Pouls : 76. Plus faible à gauche.

Le larynx est attiré en bas dans l'inspiration.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est plus faible du côté gauche.

A la percussion : matité au niveau de tout le tiers supérieur du sternum et de la clavicule gauche.

A l'auscultation : on entend de gros râles sous la clavicule gauche; pas de souffle. Vers la partie inférieure du poumon, on entend un gros râle de tonalité basse.

CONSTATATIONS NÉCROPSIQUES.

Anévrysme de la crosse de l'aorte, du volume d'un très gros œuf; ouvert, il admet trois doigts, mais rempli en partie par des caillots.

La bronche gauche est comprimée, aplatie.

Athérome de l'aorte.

Gangrène du poumon gauche.

Œdème de la glotte.

OBSERVATION VI.

Dilatation ou anévrysme vrai de la crosse de l'aorte. — Dilatations ampullaires surajoutées, dont l'une comprimait la trachée. — Signes de tumeur du médiastin. — Mort par asphyxie lente (par P. LE DAMANY, interne des hôpitaux).

Dans l'observation que nous rapportons ci-dessous, une dilatation énorme de la portion ascendante et de la portion horizontale de la crosse de l'aorte, donnait lieu aux symptômes communs, aux tumeurs du médiastin. Cette dilatation pourrait, à la rigueur, à cause de ses grandes dimensions, être considérée comme un anévrysme, puisque l'anévrysme vrai, si nous en croyons Peter, n'est au fond que l'exagération de la dilatation artérielle par altération du vaisseau.

Sur cette dilatation fusiforme, étendue à toute la crosse de l'aorte, faisaient saillie deux grosses ampoules; l'une sur la

face droite de l'aorte ascendante; l'autre sur la face postérieure de la portion horizontale. Cette dernière dilatation anévrysmale comprimait la trachée d'avant en arrière, et avait, pendant la vie, produit les signes d'un rétrécissement de la trachée.

Les récurrents étaient peu lésés; mais le grand sympathique l'était certainement, car le malade avait les pupilles très rétrécies et inégales.

Le nommé G... (Edouard), âgé d'une cinquantaine d'années. entre, le 26 avril 1897, à l'hôpital de la Pitié, salle Piorry, lit n° 43, dans le service du docteur Faisans. Il est garçon de restaurant, et, avant son affection actuelle, il s'était toujours bien porté. Ses antécédents personnels sont donc nuls. Ses antécédents héréditaires n'ont rien d'intéressant. Depuis deux mois, il tousse, il est oppressé. La toux, d'abord légère, est allée en augmentant progressivement, puis est devenue quinteuse et presque incessante. La dyspnée a également suivi une marche progressivement croissante et est devenue gênante, surtout depuis une huitaine de jours.

Lors de son entrée, la toux est d'une fréquence extrême, presque incessante; elle n'est pas nettement quinteuse. La respiration s'accompagne d'un léger cornage trachéal, qui n'est vraiment sensible que quand le malade a suspendu sa respiration pendant quelques secondes. L'expectoration est muco-purulente, assez abondante. La voix est faible, légèrement chevrotante, sans être nettement bitonale. En un mot, les troubles fonctionnels de la respiration sont ceux que produirait un rétrécissement de la trachée.

L'exploration du thorax donne, en outre, les signes d'une tumeur du médiastin.

La percussion de la région pré sternale et de la partie interne des espaces intercostaux donne, au niveau des premier et deuxième espaces, une augmentation de la matité aortique, qui atteint sept centimètres, et déborde de deux à trois centimètres le bord droit du sternum.

En arrière, la percussion donne aussi, dans les deux gouttières vertébrales, droite et gauche, au niveau des trois premières vertèbres dorsales, de la matité.

L'auscultation donne des renseignements concordants : aux

deux sommets, principalement au sommet droit, la respiration est soufflante dans la partie interne des régions sous-clavières et des fosses sus-épineuses. Dans la partie externe de ces mêmes régions, le murmure vésiculaire est affaibli. Dans le reste de l'étendue des poumons, il est masqué par des râles ronflants et muqueux extrêmement nombreux, disséminés dans toute l'étendue et surtout abondants vers les bases.

Ces bruits anormaux, ainsi que la toux fréquente du malade, rendent très difficile l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux : on n'entend aucun bruit anormal, le pouls radial n'est pas en retard sur la systole cardiaque.

Les signes physiques de l'anévrysme de l'aorte ont été recherchés avec soin. On n'en a trouvé aucun. M. Faisans a noté seulement que la convexité de la crosse était un peu plus rapprochée de la fourchette sternale qu'à l'état normal.

Le diagnostic de tumeur du médiastin est confirmé par la constatation d'un rétrécissement considérable, mais inégal, des pupilles. La pupille droite est véritablement punctiforme, celle de l'œil gauche n'a guère plus de deux millimètres de diamètre.

Le malade, pendant une quinzaine de jours, ne présente aucun symptôme nouveau. Nous remarquons seulement une aggravation progressive et simultanée de la toux et de la dyspnée, qui le privent presque complètement de repos et de sommeil, et l'obligent, soit à se lever, soit à rester assis sur son lit. Le cornage trachéal devient un peu plus évident et reste surtout net pendant l'inspiration. Puis surviennent de l'œdème des membres inférieurs et de l'albuminurie. Les crachats sont franchement purulents. L'examen bactériologique n'y révèle pas la présence de bacilles tuberculeux. L'état s'aggrave considérablement.

Dans la journée du 16 mai, le malade, épuisé, demande qu'on le soulage à tout prix. Un demi-centigramme de morphine lui est injecté sous la peau à 4 heures du soir. Il meurt le lendemain matin, par asphyxie progressive.

AUTOPSIE.

Nous avons trouvé dans les cavités pleurales une notable quantité de liquide séreux. Les plèvres sont saines, sauf quelques petites adhérences lâches, anciennes.

Les poumons, très denses, crépitent mal sous les doigts. Sous la plèvre, on voit de nombreuses vésicules d'emphysème. Des deux côtés, les deux tiers supérieurs des poumons sont extrêmement œdédiatiés. Par la section, et surtout par la pression entre les doigts, on produit un écoulement énorme de liquide spumeux, séreux.

Aux bases, principalement dans le poumon gauche, l'aspect est différent. Nous y trouvons un volumineux foyer de broncho-pneumonie, qui, de chaque côté, occupe la partie antérieure des lobes inférieurs.

L'examen du médiastin et de son contenu nous en montre les lésions suivantes :

Une dilatation considérable de la crosse aortique, qui, de plus, présente deux petites anévrysmes cupuliformes.

Les valvules aortiques sont à peu près saines, suffisamment souples au toucher. L'orifice aortique semble de dimensions normales.

La crosse de l'aorte est considérablement dilatée. Elle acquiert à l'union de la portion ascendante et de la portion horizontale, une circonférence de 14 à 15 centimètres, tandis que celle de l'aorte descendante n'est guère que de 6 centimètres. Après l'avoir ouverte sur toute sa longueur, nous voyons, dans l'aorte descendante, mais surtout dans la crosse de l'aorte, de très nombreuses plaques d'athéromes et des pustules athéromateuses rompues, déprimées en leur centre.

Les orifices de l'artère sous-clavière gauche et de la carotide primitive gauche sont normaux dans leur situation et leurs dimensions. Celui du tronc brachio-céphalique est dilaté, au point qu'il admet l'introduction du pouce. La dilatation aortique s'est donc étendue à ce vaisseau près de son origine. Au-dessous et en avant du tronc brachio-céphalique, il existe une première dilatation ampullaire de 2 centimètres de diamètre, de forme hémisphérique et qui fait saillie sur le bord droit de l'aorte ascendante. Sa paroi est amincie, sa cavité irrégulière est tapissée de stratifications fibrineuses. Elle n'est en rapport avec aucun vaisseau important.

Dans le point où la crosse de l'aorte croise la trachée, sur la face postérieure de la portion horizontale de cette crosse et dans

le voisinage de son bord supérieur, mais pourtant au-dessous de ce bord, nous voyons un deuxième anévrysme de forme également hémisphérique, plus grand que le premier, d'un diamètre de 3 centimètres environ. Son volume est à peu près celui d'une très grosse noix. Cette ampoule vient comprimer la trachée à laquelle elle est très adhérente et dont elle commence déjà à éroder les cartilages.

La trachée, en ce point, c'est-à-dire un peu au-dessus de sa bifurcation, est nettement aplatie d'avant en arrière et, pendant la vie, son calibre devait être singulièrement amoindri. A ce niveau, la muqueuse trachéale, amincie, a une couleur rouge, inflammatoire.

Dans cette cavité anévrysmale, comme dans la première, nous trouvons des caillots actifs, en couches peu épaisses, intimement unis à la paroi. Sur l'aorte thoracique, l'aorte abdominale et les grosses artères en général, nous trouvons de nombreuses plaques d'athéromes.

Les autres viscères ne présentent rien d'intéressant. Les ganglions du médiastin sont normaux.

OBSERVATION VII

Aortite en plaques circonscrites. — Dilatations partielles de l'aorte. — Compression précoce de la bronche droite. — Mort de broncho-pneumonie chronique avec sclérose broncho-pulmonaire (par le docteur A. PÉRON, ancien interne lauréat des hôpitaux).

La pièce que je présente vient d'un malade, âgé de 52 ans, entré dans le service du docteur Letulle. Je n'ai pu me procurer aucun renseignement sur les antécédents du malade. Cet homme n'est d'ailleurs resté que quarante-huit heures dans le service. Il présentait des symptômes d'asphyxie qui furent rattachés à une broncho-pneumonie tuberculeuse. Une ponction pratiquée

à la base droite où il y avait de la matité, donna issue à 200 grammes seulement de liquide séreux.

AUTOPSIE

Elle montre une aortite en plaques limitée à la crosse de l'aorte; le reste de l'artère est normal. Sur la crosse, on voit deux sortes de lésions distinctes; sur un fond blanc jaunâtre, qui répond à l'endartère, se voient de petites élevures jaunes peu saillantes. Sur ce fond, trois foyers arrondis, d'un rouge noirâtre, se dessinent. Le plus grand a la largeur de la paume de la main. En ces points, du sang, de la fibrine se sont déposés peu à peu à la surface de la paroi artérielle et l'on a le commencement d'une véritable poche ectasique. Toutefois, ce dépôt sanguin est très peu épais, il ne donne pas l'idée du « caillot actif » des anévrysmes aortiques.

J'ajoute que, à vrai dire, nulle part on n'observe de poche surajoutée à l'aorte et que l'anévrysme macroscopique masque; la crosse de l'aorte dans son ensemble paraît seulement dilatée.

Néanmoins, les tissus au voisinage de ce foyer d'aortite sont déjà atteints.

La bronche droite est comprise dans le processus. Elle est comprimée et son calibre est notablement rétréci. Mais, de plus, elle est envahie, et l'étude histologique de cette bronche nous a montré qu'elle a perdu sa structure normale et que ses parois se sont confondues avec la paroi aortique modifiée.

De ce côté, les bronches, grosses et petites, sont pleines de pus, le parenchyme pulmonaire densifié est résistant à la coupe et au doigt. Il se transforme, dans sa presque totalité, en un bloc hépatisé, sauf l'absence de friabilité. Le parenchyme est dur et manifestement sclérosé; l'examen histologique nous a montré, en effet, des lésions des bronches avec sclérose broncho-pulmonaire très accentuée et très étendue au pourtour des lésions bronchiques.

Malgré ces lésions diffuses, l'autre poumon, les autres organes sont normaux.

L'examen de l'aorte ne nous permet pas même de faire une hypothèse sur la cause de cette aortite. Au point où se fait l'anévrysme, la paroi en est trop considérablement modifiée pour être utilisée. Dans les foyers, au contraire, les lésions des parois artérielles ne diffèrent pas sensiblement de celles de l'athérome.

Est-ce de la syphilis ? Ce qu'il nous paraît intéressant de mettre en lumière dans ce fait, c'est la possibilité de l'apparition de phénomènes pulmonaires précoces, provoqués directement par un anévrysme aortique en voie de formation et au début de son évolution. Aucun autre signe d'ectasie n'existe, et un pareil cas ne nous paraît pas encore, à l'heure actuelle, susceptible d'un diagnostic précis.

OBSERVATION VIII (CADE, *Lyon médical*).

M. L..., âgé de 43 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1905. Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt. Personnellement, il a eu une fièvre typhoïde à 22 ans. Il a fait quelques excès d'alcool. Il est marié et père de deux enfants bien portants. Il nie toute affection vénérienne. Il se dit malade depuis six ans. A cette époque, il eut une bronchite de deux mois de durée, et, depuis lors, il tousse, interrompt son travail au cours de chaque hiver. Jamais d'hémoptysies. Depuis le printemps dernier, il est beaucoup plus fatigué.

Au commencement de novembre 1905, c'est-à-dire dix jours avant son entrée à l'hôpital, il a éprouvé brusquement dans toute la moitié gauche du thorax des douleurs très violentes, qui ont persisté plusieurs jours. En même temps, la toux est devenue plus fréquente, quinteuse, et la dyspnée plus vive. Il y a une expectoration muco-purulente peu abondante.

A l'entrée, on note, au niveau de l'hémithorax gauche une diminution de l'expansion respiratoire, une sonorité exagérée en avant, et, au contraire, de la matité en arrière, à la base. On est surtout frappé, à l'auscultation, de l'existence, sur toute la hauteur, de ce côté, d'un silence respiratoire presque complet. Latéralement, on perçoit quelques gros frottemens. Nulle part on n'entend de souffle, ni d'égophonie.

A droite, la sonorité est normale et la respiration à peu près normale aussi.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace, les bruits sont normaux. Les deux poulx radiaux sont égaux. On ne sent pas l'aorte derrière la fourchette sternale.

Rien à signaler du côté de l'appareil digestif, sauf quelques troubles fonctionnels sans caractère particulier.

Le système nerveux n'offre aucun symptôme notable. Le malade a eu des élancements très douloureux dans le membre supérieur gauche, mais tout est rentré dans l'ordre aujourd'hui.

Il n'existe aucun trouble de la phonation.

Les pupilles sont légèrement inégales.

L'urine contient un peu d'albumine.

La température est à 39°,6.

Le 20 novembre, nous pratiquons une ponction exploratrice à la base gauche. Nous retirons un liquide séreux, dont l'examen cytologique fournit la formule suivante :

Polynucléaires. 48 p. 100.

Lymphocytes. 52 —

Il y a, en outre, dans le dépôt examiné, d'assez nombreux globules rouges et quelques cellules endothéliales en voie de désintégration

L'inoculation de ce liquide au cobaye ne donne qu'un résultat négatif.

Le 7 décembre, on note, à gauche, en arrière, une matité absolue jusqu'au sommet. Les vibrations sont abolies. La base ne respire pas; au sommet, on perçoit du souffle avec retentissement de la toux. On n'entend aucun râle.

En avant, à gauche, les signes sont les mêmes qu'en arrière. La matité est absolue; et cependant l'espace de Traube reste sonore.

L'expectoration est peu abondante, uniquement muqueuse.

Un tracé cyrtométrique montre une rétraction manifeste de l'hémithorax gauche, dont le contour est inférieur de 3 centimètres et demi à celui de l'hémithorax droit.

L'examen radioscopique, pratiqué par M. Barjon, montre seulement une opacité considérable de la moitié gauche de la poitrine.

L'examen microscopique des crachats ne décèle aucun bacille de Koch.

Le 16 décembre, nous pratiquons une nouvelle ponction pleurale. Nous retirons 500 grammes de liquide séro-hématique.

La recherche du séro-diagnostic tuberculeux, effectuée par M. Paul Courmont, avec ce liquide pleural, donne un résultat négatif, même avec une dilution à un tiers.

Le 25 décembre, le malade présente une hémoptysie assez abondante.

Dans le courant de janvier, l'état local reste stationnaire. L'amaigrissement fait des progrès. La température reste fébrile et présente de grandes oscillations. Enfin, la mort survient sans incident nouveau, le 3 février 1906.

A l'autopsie, nous trouvons un épaississement de tout le tissu médiastinal. Le péricarde contient environ 200 centimètres cubes de liquide.

Il existe une symphyse pleurale, à gauche, presque totale, avec un épaississement très marqué des feuillets adhérents. Il n'y a pas de liquide à la base gauche, mais on trouva au sommet une cavité kystique, grosse comme une noix, représentant le reste de la cavité pleurale.

Le poumon gauche est lourd et compact. Sur la coupe, on constate que son tissu est à peu près complètement privé d'air, sa teinte est grise, sa consistance ferme, sa surface est lisse. On trouve quelques dilatations bronchiques, la plupart de petites dimensions. En outre, on aperçoit sur toute la surface de section de petites taches blanc-jaunâtre grosses comme des têtes d'épingles, paraissant être de petits points de suppuration.

L'examen bactériologique de cet exsudat ne dénote la présence d'aucun bacille de Koch.

Les ganglions sont gros, fermes, très anthracosiques.

Le poumon droit est gros aussi, mais beaucoup moins lourd. Les feuillets pleuraux offrent seulement quelques adhérences molles. Son lobe supérieur est oedémateux, et, à sa base, on constate un certain degré d'engouement sans hépatisation.

Il n'y a de tubercules ni dans les poumons, ni dans les ganglions, ni dans aucun autre organe.

A la partie toute supérieure de l'aorte thoracique, nous découvrons une grosse poche anévrysmale, adhérent intimement

à la partie latérale des corps vertébraux qui sont un peu usés à son niveau. La paroi de cette poche est très friable. Le sac anévrysmal contient quelques caillots mous. Il comprime en avant la bronche gauche.

Il n'existe aucune communication nette entre la lumière de celle-ci et l'anévrysme.

L'aorte est très malade, dilatée en général, avec parois épaissies et nombreuses plaques gélatiniformes.

Ces altérations se prolongent jusqu'à l'aorte abdominale. Le cœur n'est pas hypertrophié et ne présente aucune altération notable.

Il n'y a également rien à signaler du côté des autres organes.

L'examen histologique du poumon gauche a été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique, par M. le docteur Bériel, qui a bien voulu nous en communiquer le résultat. Voici la note qu'il nous a transmise et qui se trouve d'ailleurs publiée dans le récent ouvrage de M. Bériel sur la syphilis du poumon (p. 46) :

« On trouve un épaississement considérable du tissu interlobaire, sous-pleural, péri-bronchique et péri-vasculaire. Tout ce tissu est complètement infiltré d'éléments cellulaires; les fibres conjonctives sont peu serrées et peu abondantes; par contre, les vaisseaux capillaires sont dilatés, flexueux, gorgés de sang.

» Les alvéoles, sans être diminués de volume, sont considérablement déformés : linéaires, étoilés, ou très irréguliers, et remplis de volumineuses cellules mêlées à quelques leucocytes. De sorte qu'à un faible grossissement le tissu paraît uniforme, et le dessin alvéolaire normal ne se voit pas du premier abord.

» L'épithélium est desquamé ou persiste à l'état de cellules cubiques très irrégulières. Ce dernier aspect se voit sur un grand nombre de points. Les bronches ont une infiltration cellulaire considérable; l'épithélium est apparent, mais flotte par endroits dans la cavité, qui est remplie de cellules à petits noyaux souvent décolorés.

» Les vaisseaux présentent surtout un épaississement considérable de la tunique externe; peu d'endartérite. »

OBSERVATION IX (*résumée*) [Smith (F.), *Lancet*,
London, 1909].

Il s'agit d'un soldat de 31 ans, qui m'est envoyé pour une certaine gêne de la respiration et un certain gonflement du côté droit du cou et de la face. Il se plaignait aussi d'une douleur dans le dos.

Antécédents personnels. — Soldat pendant de nombreuses années dans les Indes. Avoue une blennorrhagie, mais nie la syphilis, bien qu'elle soit possible, sinon probable. Malaria en 1895. Depuis trois ou quatre mois, fait le métier de laboureur.

Le malade a été assez bien portant jusqu'à il y a trois ou quatre mois, quand il commença à se plaindre d'une toux pénible et d'une certaine gêne de la respiration, qui est courte. Ces deux symptômes se sont progressivement aggravés. Ils étaient aussi plus marqués le matin, à la suite du décubitus horizontal, et, de temps en temps, le malade avait une véritable sensation de choc avec, récemment, quelques tendances syncopales.

A ces symptômes, s'ajoutaient : une douleur profonde partant de la base du cou, irradiant vers la tête, plus vive la nuit et exaspérée par la toux; le gonflement de la moitié droite du cou, de la face et de l'épaule, qui s'accroissait pas le décubitus horizontal; la dysphagie, ces trois symptômes ayant augmenté progressivement d'intensité depuis ces trois derniers mois.

A son entrée, le malade est un homme robuste, de taille moyenne, se plaignant seulement d'une légère gêne de la respiration avec le léger œdème signalé. Il n'était nullement amaigri, et ne se sentait pas d'ailleurs très malade, étant venu à pied à l'hôpital, sans aide. Température normale.

L'examen donnait les signes physiques suivants sur la région œdématiée : les veines étaient plus apparentes que du côté sain, mais sans battement, et ne se remplissant pas par en bas. Le gonflement lui-même ne donnait pas de godet à la pression du doigt. Le malade s'en était aperçu lui-même, parce qu'il ne pouvait plus mettre ses cols.

Sa respiration, qu'il disait lui-même courte, était si typique

que j'en fis le sujet d'une de mes leçons cliniques sur l'obstruction laryngée, avec un léger stridor inspiratoire, plus marqué dans le décubitus latéral ou horizontal. La toux était sèche et quinteuse.

Respiration : 40 par minute.

La palpation montre les points du cœur battant dans le 6^e espace, à 5 travers de pouce en dehors de la ligne médio-sternale. Le choc cardiaque est plutôt faible, bien que le cœur soit plutôt hypertrophié. A la percussion, la matité cardiaque est pratiquement normale, mais il existe une zone mate au niveau des 1^{re} et 2^e côtes droites et des espaces intercostaux correspondants, matité s'étendant vers la 1^{re} pièce sternale et jusqu'au 2^e espace intercostal gauche.

Auscultation. — A la pointe, les bruits sont clairs et un peu forts; à la base, le second bruit aortique est un peu fort; au niveau de la zone de matité, les bruits du cœur sont nettement perçus, mais en aucun point on ne retrouve de souffle, de thrill ou de choc anormaux.

Auscultation des poumons. — L'inspiration semble rude; mais, à mon avis, il s'agit plutôt de la transmission du bruit trachéal. Par ailleurs, il n'existe aucun bruit anormal, sauf peut-être un roncus passager et quelques craquements au sommet.

En somme, je ne notai aucune différence à l'auscultation des deux poumons. Pouls, 84. Tension normale.

AUTOPSIE.

L'autopsie montra un anévrysme de la portion ascendante et de la portion horizontale de la crosse de l'aorte de la dimension d'une petite orange, rompu dans l'artère pulmonaire.

Note du docteur Salomon. — Le poumon gauche est fortement adhérent au gril costal. La plèvre est épaissie. Les glandes bronchiques sont normales. A la section, le poumon, proprement aéré, apparaît dense et fibreux uniformément.

A l'œil nu, le tissu fibreux est surtout abondant au sommet du poumon et au voisinage des bronches.

Il n'existe aucune caséification, ni gangrène.

L'examen microscopique montre surtout la transformation fibreuse à point de départ bronchique et vasculaire.

En de nombreux endroits, surtout au sommet du poumon, on trouve des portions de tissu condensé où on découvre de nombreuses cellules épithéliales volumineuses. Ces cellules contiennent de nombreux noyaux périphériques ; quelques-unes, plus petites, ont cependant un grand nombre de noyaux. Sur dix-huit préparations on a recherché avec soin le bacille tuberculeux, mais sans succès.

Dans les formations récentes, à la périphérie des nodules plus anciens, on trouvait des alvéoles qui, bien qu'obstruées, étaient encore bordées par des cellules encore normales, tandis que, par places, on trouvait des néoformations de structure épithéliale, telle que j'en ai noté dans des cas indiscutables de syphilis pulmonaire.

Les vaisseaux sanguins, à part la périartérite marquée, étaient normaux.

En résumé, les examens macroscopique et microscopique tendent à montrer qu'il s'agit d'une sclérose pulmonaire d'origine syphilitique. De telles lésions pulmonaires dans la syphilis acquise sont très rares et il est intéressant de noter qu'un seul poumon était atteint. Les lésions sont très différentes de celles observées dans la syphilis héréditaire, où les deux poumons sont également pris et où la sclérose n'est pas essentiellement à distribution bronchique et vasculaire.

OBSERVATION X.

Anévrysme de la crosse de l'aorte (par M. VAYSSIÈRE,
interne des hôpitaux).

Le malade, dont nous présentons le cœur, entré à l'hôpital le 28 octobre, soigné pour pleuro-pneumonie, est mort brusquement dans la nuit du 30, en vomissant du sang.

A l'autopsie, le diagnostic de pleuro-pneumonie est confirmé,

mais il passe tout à fait au second plan, car, à l'examen de la crosse de l'aorte, deux tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule apparaissent : 1° la première, située à 3 centimètres et demi des valvules sigmoïdes; dans la région antéro-externe droite, faisant corps avec l'aorte et adhérente au péricarde; 2° la seconde, plus volumineuse, située au niveau de la partie concave de la crosse, unit intimement l'œsophage, la partie inférieure de la trachée et la bronche gauche à l'aorte.

A l'ouverture de l'aorte : valvules sigmoïdes saines; au-dessus, et dans toute l'étendue de la crosse, paroi tapissée de plaques calcaires; au niveau de la première tumeur, l'endartère a été clivé et nous voyons, à la coupe, une poche avec enveloppe en partie calcifiée, communiquant avec l'artère par un orifice de 1 centimètre de diamètre, poche contenant des caillots étalés en couches stratifiées adhérentes, constitués par des lames de fibrine élastiques et gris rougeâtre.

Grâce à un processus spontané de guérison, cette poche a été comblée.

La seconde tumeur est sacciforme, remplie de caillots moins tassés et paraissant de formation plus nouvelle; elle communique avec l'aorte par un orifice de 2 centimètres sur 2 centimètres et demi. Elle bombe dans l'œsophage et se trouve très amincie à ce niveau, où sa paroi a une coloration brunâtre. Du côté de la bronche gauche, se trouve un orifice à bords déchiquetés de 2 centimètres sur 2 centimètres et demi d'ouverture, que nous constatons existait en partie depuis quelques jours, le malade ayant eu probablement des hémoptysies, elle dut s'ouvrir ensuite largement d'une façon brusque et entraîner la mort.

OBSERVATION XI (Résumée).

(Thèse de WERNER).

W... (Joseph), marchand ambulant, âgé de 61 ans. Diagnostic clinique : anévrysme de la crosse de l'aorte. Mort 21/1 1905.

Antécédents. — Il y a cinq ans, une voiture a passé sur le corps du malade, et, d'après son dire, une côte a été enfoncée.

Etat actuel. — Depuis plusieurs années déjà, sa voix est enrouée et il tousse. Par moment, il ne peut prononcer aucun mot, et c'est pour cela qu'il vient à l'hôpital. La toux et l'expectoration apparaissent et deviennent plus abondantes, et cette dernière infection ne remonte qu'à l'hiver de 1903-1904. La maladie commença peu à peu, par des douleurs rhumatismales dans tout le corps, dans l'occiput et dans la nuque; dans le dos, d'où elles s'irradiaient dans les membres supérieurs, suivies de la toux et de la douleur dans le thorax. Récemment, on constate : dyspnée, grande faiblesse, douleurs dans la région hépatique. Pas d'œdème, de goutte, pas de crachats sanglants. Le malade est marié mais il n'a pas d'enfants, et sa femme bien portante, n'a pas eu d'avortements, syphilis est niée, mais l'alcoolisme ne l'est point.

Examen : le malade est de taille moyenne, bien conformé, mais dans un état de dénutrition marquée : la musculature est peu développée, la peau est pâle, les muqueuses cyanosée, la respiration accélérée. Les pupilles, également dilatées, réagissent promptement, la langue est un peu chargée. Sur le cou, on ne trouve pas de cicatrices ni goitre.

Pas de poulx veineux, pas de battements anormaux des carotides ni de ganglions hypertrophiés. Thorax sans déformation, symétriquement bombé sans l'être trop proéminent. Fossette sus-claviculaire déprimée. Dans le 3^e espace intercostal gauche, constatation de pulsation, battements nettement marqués, moins marqués dans le 2^e espace intercostal, aussi bien à l'inspection qu'à la palpation.

Examen du cœur. — A gauche du sternum, et à partir de la 2^e côte, la zone de la matité absolue descend jusqu'à la 4^e côte, jusqu'à la limite de la matité absolue du cœur normal. La pointe du cœur est à peine sentie, non visible, dans le 5^e espace intercostal en dedans de la ligne mammaire. Pas de matité ni de battements thoraciques, ni épigastriques à droite du sternum.

A la palpation, on constate, à la pointe du cœur, et surtout dans le 3^e espace intercostal gauche, frémissements systoliques, tantôt plus, tantôt moins marqués.

A l'auscultation, on constate, à la pointe du cœur et au foyer de l'artère pulmonaire, un souffle systolique d'intensité marquée.

Second bruit court et claqué. Ce souffle systolique est entendu dans toute la région sus-mentionnée, à gauche du sternum.

Le souffle est moins marqué dans le foyer de l'aorte. Pas de battements normaux des carotides.

Pouls : accéléré 108, régulier, pouls de deux radiales synchrone et d'égal force. Artériosclérose.

Poumons. — Percussion : au sommet, diminution de la sonorité. Auscultation : en avant, à droite, dans la partie inférieure, râles sous-crépitants; à gauche de la partie supérieure du thorax, l'expiration rude et bruyante; plus bas, râles secs et frottements qui sont plus marqués à droite dans la partie inférieure et tout à fait en dedans.

Expectoration : crachats assez abondants visqueux, purulents, point conglobés. Pas de sang, ni de bacilles de Koch.

Abdomen. — Un peu bombé, mais simple, quelque peu sensible à la pression. Pas d'ascite.

Foie. — A la ligne mammaire, la matité dépasse de deux travers de doigts le rebord costal. Son bord inférieur est facilement palpable, très douloureux.

Rate. — N'est pas perceptible.

Réflexes patellaire, plantaire, de la paroi abdominale et du radius sont exagérés.

Urines. — Peu abondantes à précipité notable; pas d'albumine, ni de sucre, ni de sang. Diazo-réaction est positive. Evolution clinique.

16 janvier. — Douleurs générales, toux et crachats non sanglants. Recherche de bacilles de Koch est négative. Cordes vocales sont un peu rouges, mais sans être ulcérées.

18 janvier. — Dyspnée. Insomnie et toux fréquente, température (matin), 37°,8.

19 janvier. — Examen radioscopique montre une ombre nette, animée de battements à gauche du sternum. Toux devient plus forte, l'expectoration augmente. Pas de bacille de Koch.

21 janvier. — Toux tenace. Expectoration glaireuse non sanguinolente. Pouls de la radiale gauche est plus faible que celui de l'artère radiale à droite. Par contre, point de retard.

22 janvier. — Crachats striés de sang. Nouvel examen microscopique découvre des érythrocytes. Absence de fibres élasti-

ques et de cellules cardiaques. Bacille de Koch n'est pas trouvé. Parésie de la corde vocale gauche.

Doigts des deux mains sont pâles et froids. Pression artérielle difficilement appréciable, est à peu près de 75.

24 janvier. — Le malade reste indifférent ne prenant qu'avec la plus grande peine quelque chose. Urines et selles spontanées. Pouls, 80-90 peu ample et arythmique plus fort à droite qu'à gauche. Cyanose et refroidissement des extrémités des membres inférieurs. Analeptica.

26 janvier. — Engourdissement progresse, dépérissement augmente. A midi, le pouls est à peine perceptible. Mort 5 h. 30 après-midi.

27 janvier. — Le diagnostic clinique fut confirmé par l'autopsie. Anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante ouvert dans la trachée. Compression du pneumogastrique gauche. Hypertrophie et dilatation du cœur. Stase dans les poumons; foie, rate et reins. Pneumonie fibrineuse de la partie inférieure du lobe supérieur droit. Aorte légèrement athéromateuse dans sa partie initiale. Sclérose des artères iliaques.

Poumon droit, 1.170 grammes; poumon gauche, 740 grammes; foie, 1.950 grammes; reins, chacun, 335 grammes.

Poumon droit gros lourd, son feuillet pleural à gauche est épaissi, couvert de néo-membranes fibrineuses très vascularisées. A la coupe, le poumon est de couleur rouge brun foncé augmenté de consistance et très congestionné. A la partie inférieure du lobe supérieur, la coupe est nettement grise, privée d'air. Lobe inférieur petit, comprimé, à la coupe, de couleur brun rouge aussi privé d'air.

La muqueuse des grosses bronches est rouge; les vaisseaux de gros calibre sont vides.

OBSERVATION XII (Thèse MAXIMOFF).

Weiser Friedrich, cordonnier, âgé de 30 ans, est pris soudain de grande difficulté à respirer, de toux suivie de crachats sanguinolents, constatation de blénorrhagie.

On trouve à l'examen des poumons : submatité au sommet gauche, inspiration très prolongée et stridente.

Cœur : choc de la pointe est considérable et fort, élargi en même temps.

Bruits nettement frappés.

Thorax : matité à droite du sternum dans la partie supérieure de la poitrine, aussi bien qu'à la région supérieure du sternum.

Jugulaires : pas de battements anormaux. Battements épigastriques.

Pupilles assez rétrécies, réagissant lentement à la lumière.

Réflexes rotuliens diminués.

Diagnostic : anévrysme de l'aorte; rupture dans le médiastin.

AUTOPSIE.

Endartérite chronique de nature syphilitique avec des plaques indurées de l'aorte thoracique. Anévrysme sacciforme de la partie supérieure de l'aorte descendante. Perforation dans le médiastin. Caillots dans le sac anévrysmal et autour de lui.

Usure de la 3^e et la 4^e vertèbres dorsales.

Pneumonie fibrineuse droite du lobe inférieur. Pleurésie fibrineuse.

Dilatation du cœur; néphrite aiguë parenchymateuse. Anémie.

OBSERVATION XIII.

Anévrysmes multiples de l'aorte, sans hypertrophie du cœur. —

Compression de l'artère pulmonaire et de la bronche gauche.

— Mort par broncho-pneumonie tuberculeuse unilatérale (par L. KAHN, interne des hôpitaux).

Le nommé X..., âgé de 57 ans, entré en mai 1894 dans le service du professeur Dieulafoy, pour une tuméfaction de la partie supérieure et latérale droite du thorax.

Cette tuméfaction, il l'a remarquée depuis cinq à six mois.

Elle s'est faite sentir par une sensation de gêne, de constriction, sans phénomènes douloureux bien caractérisés, elle s'est développée progressivement, lentement et, depuis quinze jours elle a acquis le volume qu'elle présente à l'entrée à l'hôpital. C'est une voussure arrondie, de la dimension d'une demi-orange; à son niveau, la peau est sillonnée d'un réseau de veines variqueuses considérables, qu'on retrouve dans l'aisselle et dans tout le membre supérieur droit.

La palpation la montre formée d'une masse uniformément dure, non réductible, il n'y existe pas le moindre battement, il n'y a pas trace d'expansion. Le squelette thoracique est refoulé en avant, le sternum et les deux premières côtes sont amincis. La matité est complète.

L'auscultation de la tumeur elle-même ne donne que des renseignements négatifs, pas de battements, simples ou doubles, pas de souffles, pas de thrill, mais l'application du stéthoscope au-dessus de la fourchette sternale permet de reconnaître l'existence d'un double battement systolique et diastolique.

Cette constatation conduit à l'hypothèse d'une tumeur ectasique de la crosse de l'aorte, malgré l'absence de battements et d'expansions dans la région thoracique et on recherche les signes propres à la compression des organes voisins.

Tout d'abord, l'examen des artères fournit peu de renseignements. Le pouls du côté gauche est un plus petit que celui du côté droit, mais ils sont sensiblement synchrones; de même pour les carotides dont la gauche a une tension moins forte que la droite.

La circulation de retour dans le système du tronc brachio-céphalique droit est gênée, il existe, en effet, des varices considérables sur tout le membre supérieur et dans la partie droite du cou. Ces régions présentent une coloration violette assez marquée. A plusieurs reprises, le malade a constaté de l'œdème de la main.

Il a eu aussi, par intervalles, des accès d'oppressions nocturnes, des quintes de toux coqueluchoïdes. Il éprouve une dysphagie légère, jamais la voix n'a été altérée, les pupilles sont égales.

A son entrée à l'hôpital, le malade respire sans difficulté. Il

n'y a pas de tirage. Cependant la trachée est comprimée, car l'oreille appliquée contre la paroi thoracique perçoit un souffle véritablement tubaire qui marque la respiration vésiculaire.

L'état général est excellent, le malade n'a nullement maigri depuis le début apparent de sa lésion.

Diagnostic : anévrysme de la crosse de l'aorte dans la première partie de son trajet.

Le malade reste un an sans présenter de phénomènes inquiétants; lorsque nous allons dans le service, nous le trouvons debout toute la journée, marchant, travaillant dans la salle, ne se préoccupant pas de sa lésion, qu'il songe seulement à garantir contre les chocs extérieurs en l'entourant d'une couche d'ouate. Il n'a guère présenté de modification dans son état, la dysphagie existe toujours, peu marquée; toujours des quintes de toux, toujours pas de troubles laryngés.

La tumeur cependant a augmenté légèrement, présentant les mêmes caractères, remarquable par l'absence de battements et d'expansion. La circulation collatérale est peu développée, l'œdème apparaît plus facilement dans le bras droit, lequel est resté un peu longtemps dans une position déclive.

L'état général est resté bon; pas de symptômes douloureux.

Les signes d'auscultation ne se sont pas modifiés tant dans le système circulatoire qu'au poumon, cornage très marqué.

Le 5 juin, le malade montre, sur la face antéro-interne du bras droit, une large ecchymose qui en occupe la partie moyenne; elle est survenue la nuit spontanément; du moins, le malade nie tout traumatisme; il n'existe d'ailleurs aucune douleur à son niveau.

Le lendemain, 6 juin, l'ecchymose s'est étendue à la partie inférieure du membre; elle atteint l'articulation du coude, toujours sans réaction, sans douleur.

Les jours suivants, progressivement la tache violette s'efface, change de couleur et finit par disparaître. Elle ne s'est pas reproduite.

Vers le milieu du mois de juillet 1895, on commence à constater l'altération de l'état général. L'appétit a diminué, le malade maigrit un peu; le soir, quelquefois, il a une légère élévation de

température (38°, 38°, 2), sans que rien dans l'état de la tumeur ou des parties voisines ait présenté de changement appréciable.

Mais il commence à tousser, surtout le matin; il rend des crachats purulents mélangés à une expectoration pituiteuse; il a quelques sueurs la nuit.

On soupçonne la tuberculose. Les sommets sont auscultés, mais en vain; seul le cornage interne s'entend et rend infructueuse la recherche des signes spécifiques. Ce n'est que l'examen bactériologique des crachats qui peut fournir des renseignements positifs; pratiqué, il montre la présence du bacille de Koch.

La tuberculose évolue alors avec une grande rapidité; la fièvre apparaît presque tous les soirs, ainsi que les sueurs; le malade maigrit rapidement; il se cachectise et il succombe le 29 juillet, sans avoir jamais présenté d'hémoptysie.

AUTOPSIE.

L'enlèvement du plastron sternal est difficile à pratiquer, car la poche anévrysmale est totalement adhérente au squelette et aux parties molles de la paroi antérieure; on ne peut l'en détacher, et, pour obtenir la pièce entière, on est obligé de réséquer les trois premières côtes à 6 centimètres en dehors du sternum, ainsi que le tiers supérieur de cet os.

Nous constatons alors un énorme anévrysme, dont la cavité logerait facilement les deux poings; elle est presque complètement remplie, lorsque nous l'ouvrons, par un bloc volumineux de fibrine, un caillot organisé dur, d'une coloration vineuse, qui s'effrite difficilement. Sa consistance est uniforme; il n'est pas calibré, il pèse 280 grammes; il existe entre ce caillot et la paroi postérieure de l'aorte un espace laissé libre, par où se donnait passage le sang du ventricule. La paroi propre de ce sac est excessivement mince à la partie antérieure. Il est vrai qu'elle est renforcée à ce niveau par la paroi molle de la poitrine, qui est confondue avec elle, à tel point que les tentatives de dissection n'aboutissent qu'à des lacérations du sac anévrysmal. Les os sont très amincis.

La dilatation commence à 2 centimètres au-dessus de l'origine du vaisseau et se termine à la naissance du tronc brachio-cépha-

lique. Cette tumeur comprime le tronc veineux brachio-céphalique droit, ainsi que le pneumogastrique.

Mais elle n'est pas unique; l'aorte, ouverte dans toute sa longueur, en présente un beaucoup moins volumineux qu'une noix, à sa partie postérieure, entre la carotide primitive et la sous-clavière du côté gauche; au moment où elle croise la bronche et l'artère du même côté, sur lesquelles il s'appuie, l'œsophage à ce niveau est légèrement refoulé à gauche.

Il en existe un troisième dans le tronc brachio-céphalique, à 3 centimètres de son origine (une noisette). Ces deux derniers présentent à un degré moindre les caractères de l'énorme anévrysme : amincissement des parois, présence d'un caillot fibrineux.

Dans l'intervalle, et dans toute la longueur du vaisseau jusqu'au diaphragme, il existe des lésions d'artérite d'âge et de degrés divers (dépoli, rougeur, plaques laiteuses, plaques calcaires).

Le cœur n'est pas gros; il pèse 360 grammes.

Le ventricule gauche n'est pas plus gros qu'à l'état normal.

Les valvules, et en particulier les valvules sigmoïdes de l'aorte, sont absolument saines; elles ont conservé leur souplesse et leur transparence. L'orifice des coronaires est libre.

Poumons. — Le poumon gauche est augmenté de volume; il ne s'affaisse pas; sa consistance est plus dure qu'à l'état normal, mais inégalement; à la coupe, il existe dans le lobe supérieur des blocs grisâtres, alternant avec des parties jaunâtres et grisâtres; c'est l'aspect du fromage de Roquefort. La surface de section n'est pas grenue, mais lisse, sèche, opaque. A la partie inférieure du lobe et dans le lobe inférieur, on constate, disséminés dans le parenchyme, d'apparence saine, des amas de substance rosée, légèrement tremblotante, demi-transparente.

Le poumon droit ne montre aucune de ces lésions; à l'œil nu, il ne présente pas trace de tubercules ou de granulations. Les ganglions du lobe sont augmentés de volume; ils ne sont pas caséifiés.

Il s'agit ici d'une tuberculose unilatérale à forme broncho-pneumonique, comme l'a démontré l'examen histologique.

Les autres organes sont sains d'apparence. Il n'existe nulle part de lésions de tuberculose.

OBSERVATION XIV.

Rupture d'un anévrysme de la crosse de l'aorte dans la bronche gauche. — Hémorragie en deux temps. — Etude des lésions pulmonaires (par L. NATTAN-LARRIER).

R..., âgé de 64 ans, entre, le 4 janvier 1898, à l'hôpital Andral. Son amaigrissement considérable, l'étude de son histoire font porter le diagnostic de tuberculose. La température du malade est élevée : 40°; il se plaint d'avoir de la fièvre depuis trois ou quatre jours, et il raconte nettement que ces accidents ont débuté par une série d'hémoptyxies d'abondance variable. Le jour de son entrée même, son expectoration est formée de crachats muco-purulents très abondants et striés de sang; l'auscultation est faite incomplètement, car on n'ose remuer le malade dans la crainte de provoquer de nouveaux crachements de sang; on constate pourtant dans toute la hauteur, en avant et en arrière, l'existence d'une sonorité exagérée, avec foyers de submatité irrégulièrement distribués; à l'auscultation, craquement très nets aux sommets; en arrière et en avant, râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur. Cinq à six heures après son entrée dans le service, le malade est pris d'une hémoptyxie nouvelle, rend plus d'un litre de sang et meurt. L'autopsie démontre qu'il s'agit d'un anévrysme de la crosse de l'aorte rompu en deux temps. Au moment des premières hémoptyxies, une partie du sang pénétra dans les bronches, puis dans le poumon même. Le sang se comportant à la façon d'un corps étranger des voies aériennes provoqua l'apparition d'une broncho-pneumonie, au cours de laquelle le malade mourut, d'une rupture plus complète de son anévrysme.

AUTOPSIE.

Le foie, 1 kgr. 950, très volumineux, lisse à sa surface, très congestionné, semble un peu gras; à l'examen extemporané, il ne présente aucune trace de pigmentation.

La rate, 180 grammes, volumineuse, longue de 12 centimètres, entourée d'une capsule épaissie et semée de nombreux fibromes lamellaires.

Le rein gauche et le rein droit, 150 et 125 grammes, sont très congestionnés et se décortiquent assez difficilement; la surface des deux reins est granuleuse.

Le tube digestif, dans son ensemble, paraît normal.

Cœur. — Ventricule gauche, dimensions normales, pas d'hypertrophie ventriculaire. Les valvules mitrales et aortiques sont saines.

Oreillette gauche normale.

Le ventricule droit présente une plaque laiteuse du péricarde; valvules saines.

Aorte thoracique et abdominale normale, pas trace d'athérome.

Anévrysme de la crosse, développé aux dépens de la portion la plus convexe de la crosse de l'aorte, s'étendant depuis le Valsalva jusqu'à la sous-clavière gauche. Son volume est un peu supérieur à celui du poing, il adhère intégralement au poumon, à droite; à la trachée, en arrière. A l'ouverture, il contient peu de caillots, si ce n'est à sa partie postéro-inférieure où il adhère à la bronche gauche. Le tronc brachio-céphalique artériel est plus large que de coutume, et mesure 1 centimètre et demi à 2 centimètres de diamètre; la carotide gauche est rétrécie et admet à peine une sonde cannelée. L'orifice de communication avec la bronche n'est pas visible de l'intérieur de l'anévrysme; du côté de la bronche, on voit deux orifices, un premier plus petit, admettant à peine une sonde cannelée, se trouve à la bifurcation même de la trachée; la muqueuse est un peu flottante et détachée à son niveau. Un autre, plus volumineux, de 1 centimètre de diamètre, est situé à un ou deux travers de doigts plus bas; il existe à ce niveau une forte érosion de la bronche, dont les cartilages sont mis à nu.

Poumon gauche : 1.190 grammes, libre de toute adhérence.

énorme; il présente à sa surface de nombreuses et fines sugillations hémorragiques; les bords sont épais, durs, noirs, présentant nettement, par places, l'aspect de l'infarctus; à la coupe, le poumon, très œdématisé, est parsemé de petits îlots (multiples) rougeâtres, mous, nettement hémorragiques, le parenchyme a ainsi une apparence tigrée très caractéristique; quelques îlots de broncho-pneumonie; tubercule caséeux au sommet; les bronches sont pleines de sang.

Poumon droit : 650 grammes, adhérent dans toute son étendue. Il contient peu d'alvéoles remplies de sang, et ce sang est plus noir que celui que l'on trouve à gauche. Les bronches sont pleines de pus et contiennent peu de sang; les îlots de broncho-pneumonie sont plus nombreux qu'à gauche. Mais on constate qu'il y a des traces d'hémorragie ancienne et récente.

Examen histologique. — Les coupes ont été faites en une série de points : 1° au niveau des îlots purement hémorragiques du poumon gauche; 2° au niveau des îlots hémorragiques disséminés; 3° dans les régions où la broncho-pneumonie est prédominante, poumon droit.

1° Dans les régions les plus hémorragiques, avec un faible grossissement, la coupe se présente sous l'aspect suivant. On voit que les bronches sus-lobaires sont entièrement remplies de sang, alors que les vaisseaux du hile lobulaire sont relativement vides; les lobules pulmonaires sont pour ainsi dire disséqués par un œdème abondant qui infiltre le tissu conjonctif péri-lobulaire et intra-lobulaire. Les lobules que l'on distingue ainsi sur la coupe sont inégalement atteints par l'hémorragie, les uns sont si complètement remplis qu'on n'en distingue plus qu'avec peine les diverses parties; pourtant, les cloisons alvéolaires, sur les coupes à l'hématème-éosine, se montrent tout d'abord comme de légères lignes d'un rose violacé. Dans d'autres lobules, certains groupes d'alvéoles sont épargnés. Enfin, il existe des lobules où par région, l'exsudat leucocytaire intra-alvéolaire est assez abondant pour donner l'impression d'une broncho-pneumonie.

A un plus fort grossissement, on distingue les détails suivants :

La bronche sus-lobulaire présente peu de lésions inflammatoires, son contenu est formé de globules rouges dans toute la

portion centrale; à la périphérie, se trouvait une couche de globules blancs assez abondante, mêlée à quelques globules rouges; l'épithélium est intact, mais les capillaires de la sous-muqueuse sont très dilatés et sont gorgés de sang.

Les bronches intra-lobulaires correspondant aux lobules purement hémorragiques présentent un aspect sensiblement analogue; intégrité de l'épithélium, caillot sanguin dans la lumière bronchique; l'aspect est différent pour les bronches, qui correspondent à des lobules à la fois broncho-pneumoniques et hémorragiques; l'épithélium bronchique n'est plus alors indemne, il est détaché par place et se trouve englobé dans la masse qui oblitère la lumière bronchique; on voit, en effet, dans celle-ci un caillot irrégulier et intimement pénétré par la couche leucocytaire qui tapissant la bronchiole contribue dans une très large mesure à en remplir la lumière.

L'intégrité des vaisseaux, dont la lumière est à peu près vide, constitue un des caractères de ces coupes.

L'aspect des alvéoles est caractéristique aux points où l'hémorragie est seule en cause. Les alvéoles sont pour ainsi dire injectés par le sang, qui les distend à l'excès; les cloisons alvéolaires sont fines, difficiles à distinguer et ne présentent aucun vaisseau apparent; il importe, cependant, de remarquer que, si cet aspect de la paroi alvéolaire résulte, en majeure partie, du tassement par l'hémorragie, il peut cependant être aussi en relation avec l'état d'emphysème que le poumon présente en certains points.

2° Aux points où le lobule a été moins brutalement envahi par le sang, l'aspect est un peu différent, les alvéoles sont moins pleins; les parois en sont moins tassées, les lumières bronchioliques sont moins remplies. Mais surtout il existe sur presque toute l'étendue de la coupe une remarquable intégrité des vestibules alvéolaires: de telle sorte qu'ils se montrent clairs et transparents au milieu du reste de la coupe. Peut-on supposer qu'il s'agisse d'un artifice de préparation; en aucune façon, car le contenu de ces vestibules est formé d'un liquide d'œdème coagulé sous l'influence des réactifs; quelques globules rouges y sont tenus en suspension.

Au voisinage de ces lobules hémorragiques apparaît le pro-

cessus broncho-pneumonique; dans quelques alvéoles assez rares, celui-ci n'est indiqué que par la proportion anormale des globules blancs, qui sont intimement mêlés aux globules rouges; plus fréquemment, on trouve quelques groupes alvéolaires irrégulièrement distribués et comblés par des globules blancs; enfin, il existe de nombreux points où les alvéoles sont à la fois remplies de globules blancs et globules rouges disposés de la manière suivante : la paroi alvéolaire est revêtue d'une épaisse couche de leucocytes; le centre en est occupé par un caillot irrégulier, englobé à la périphérie par l'exsudat leucocytaire. A cet aspect bien spécial des alvéoles correspond une modification analogue des bronches, puis les coupes longitudinales montrent un contenu leucocytaire, où les globules apparaissent sous forme de strates épaisses, entièrement englobées dans le pus.

Dans les régions où l'hémorragie prédomine, il n'existe pas de congestion des vaisseaux sous-pleuraux. Dans les régions, au contraire, où la broncho-pneumonie a atteint son maximum, il existe dans la zone sous-pleurale un abondant réseau de capillaire distendu par le sang.

3° Dans certaines zones où le sang a médiocrement pénétré, zones situées surtout au centre du poumon, on trouve, de point en point, des groupes de cinq à six alvéoles pleins de sang, situés au milieu d'un parenchyme dont les seules lésions sont constituées par un abondant œdème. Sur d'autres coupes, on trouve quelques îlots de broncho-pneumonie, au voisinage même des alvéoles remplis de sang; les bronches contiennent alors du sang et du pus.

Les points où le sang n'a pas pénétré sont en général le siège d'une splénisation très nette; de nombreux alvéoles sont remplis de sérosité; on y trouve des éléments cellulaires nombreux, cellules à poussières, cellules desquamées, leucocytes des diverses variétés, entre autres polynucléaires et éosinophiles assez nombreux, quelques globules rouges; ces éléments sont souvent englobés dans un fin réseau fibrineux. En des régions assez peu nombreuses, l'exsudation fibrineuse est, au contraire, prédominante et les leucocytes sont peu abondants. Au niveau des points où la splénisation est le plus marquée, la congestion des parois alvéolaires est très intense et très nette.

La recherche du pigment de fer a donné peu de résultats; pourtant, la coloration s'est montrée bien nette dans un certain nombre de cellules à poussières, situées dans les foyers de splénisation au voisinage des centres hémorragiques. Plusieurs de ces élément cellulaires, énormes phagocytes, contenaient, en divers points, jusqu'à cinq ou six globules rouges, dont les contours étaient encore nets, mais le protoplasma se colorait parfois assez difficilement.

Au sommet des poumons, on trouve quelques foyers de tuberculose caséuse, englobés dans un abondant tissu fibreux.

En résumé, l'examen des coupes permet d'affirmer qu'après un premier stade, la broncho-pneumonie s'est greffée sur les foyers hémorragiques alvéolaires.

OBSERVATION XV.

(Thèse BEUCHET).

Anévrysme de la crosse de l'aorte, comprimant le pœnumogastrique, le recurrent, le plexus pulmonaire, la bronche et l'artère pulmonaire gauche. — Pneumonie caséuse du pœumon gauche.

R..., 38 ans, entrée le 14 novembre 1872 à l'hôpital Cochin, service du docteur Bucquoy, morte le 17 mars 1873.

Toux, dyspnée, palpitations violentes, douleurs lancinantes, éblouissements. Coarctation à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage. Battements des artères radiale et temporale diminués à gauche. Bruit rude, prolongé, soufflant dans le 3^e espace intercostal droit.

Aggravation des symptômes; accès de suffocations, violents et répétés; voix éteinte; respiration presque complètement abolie dans le pœumon gauche, avec matité étendue. Douleurs lancinantes par crises derrière le sternum. Amaigrissement progres-

sif, sueurs nocturnes. Mouvement d'expansion à droite du sternum appréciable à la vue. A la partie moyenne et à la base du poumon gauche, pendant la toux, bouffées de râles sous-crépitants, humides et à grosses bulles. Crachats purulents, mêlés de sang rouge et liquide. Aphonie complète; émaciation extrême; mort.

AUTOPSIE.

L'espace virtuel qui circonscrit la courbure de la crosse aortique jusqu'à la base du cœur est comblé par une poche anévrysmale qui communique avec le vaisseau par une ouverture elliptique allongée transversalement, d'une étendue de 5 centimètres.

La tumeur, dans son développement, s'est insinuée entre la bronche gauche et la branche gauche de l'artère pulmonaire, se développant surtout vers le médiastin antérieur, pour atteindre la face interne de la paroi thoracique, en y appliquant la branche gauche de l'artère pulmonaire dont la lumière est presque complètement effacée; la bronche gauche n'a été que faiblement repoussée et comprimée.

Sur la paroi interne de l'aorte, érosions et plaques irrégulières, d'aspect jaunâtre, de consistance pultacée.

Pas de lésions du péricarde, de l'endocarde, ni des artères coronaires. On suit facilement le pneumogastrique gauche jusqu'au niveau de la tumeur, mais il est impossible de le voir sur les parties latérales; de même, on n'a pu trouver la réflexion du récurrent au-dessous de la crosse de l'aorte; de même encore pour le plexus cardiaque comprimé, atrophié ou dissocié par la tumeur. La partie du plexus pulmonaire gauche située, au-devant de la bronche correspondante présente la même particularité.

Le poumon gauche est altéré dans toute son étendue; le feuillet viscéral de la plèvre gauche est notablement épaissi. L'examen histologique a montré qu'il fallait, en résumé, conclure à une pneumonie intra-alvéolaire et interstitielle, aboutissant en partie à une dégénérescence caséuse, en partie à une transformation fibreuse.

Conclusion

Dans ce bref et modeste exposé, nous concluons que les complications pulmonaires de l'anévrysme de la crosse de l'aorte surviennent : en cas de compression mécanique du plexus pulmonaire ou des nerfs qui lui fournissent; en cas de lésions névritiques possibles à constater histologiquement sur les mêmes nerfs; en cas enfin de distension ou d'englobement des filets nerveux, dans la gangue périartérielle.

Sur un tel terrain, sur un organisme déjà affaibli du fait de l'existence même de l'anévrysme de la crosse aortique, la moindre infection pulmonaire prend des caractères particulièrement graves, à caractère destructif, auxquels vient s'ajouter le rôle des anaérobies dans la production de la gangrène pulmonaire.

Bibliographie

BARIÉ. — « Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte ».

BOINET. — « Maladies de l'aorte » (*Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Thoinot, 1912).

BARJON. — « Diagnostic radioscopique des anévrysmes de l'aorte et des tumeurs du médiastin » (*Paris médical*, janvier 1912).

BEUCHET (Fr.). — « De l'influence des maladies de l'aorte sur le développement de la tuberculose pulmonaire » (Thèse de Paris, 1901).

BRISAUD, PINARD et RECLUS. — « Nouvelle pratique médico-chirurgicale », t. I, 1911.

BROCA. — « Traité des anévrysmes ».

CADE (A.). — *Lyon médical*, 1907.

CHARCOT, BOUCHARD et BRISAUD. — « Traité de médecine », 2^e éd., t. VIII.

COLLET. — « Précis de pathologie interne », t. II, 1914.

CRÉTEL (H.). — « Diagnostic des anévrysmes » (Thèse de Paris, 1902).

DAMANY (L.). — *Bull. anat.*, 1897, p. 454.

DELSOUILLE. — Thèse de Paris, 1912.

« Dictionnaire des sciences médicales » de Déchambre, article « Aorte ».

« Dictionnaire » du D^r Jaccoud, article « Aorte ».

DIEULAFOY. — « Manuel de pathologie interne », tome I.

ENRIQUEZ, LAFFITTE, BERGÉ et LAMY. — « Traité de médecine », t. III, 1909.

GAUCHER et MERLE. — « Traitement des anévrysmes de l'aorte » (*Annales des maladies vénériennes*, 1910).

GREENE. — *Dublin Journal of. med.*, 1846.

HIRTZ et BRAUN. — « Dix cas d'aortite syphilitique » (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 mars 1911).

HUBER (O.). — « Diagnostic différentiel de l'anévrysme aortique » (*Berl. Kl. Wochenschrift*, 27, 1912).

HUCHARD. — « Anévrysme latent de la crosse de l'aorte » (*Bull. Soc. Médic. des Hôpitaux*, 1901, p. 1180).

KAHN. — *Bull. anat.*, 1896.

KEIZHOFF. — « *Complications of aneurysm. of the aorta* » (*Méd. Obozr.*, 1904, LXII).

MAXIMOFF (N.). — « *Beitrag zur Statistik der Aorten Aneurysmen* » (Thèse de Munich, 1910).

MEUNIER (H.). — « Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire » (Thèse de Paris, 1896-1897).

MILANOFF. — Thèse de Kiel, 1905.

MOLLARD (J.). — « Anévrysme de l'aorte » (*Lyon Méd.*, 1905).

NATTAN-LARRIER. — *Bull. anat.*, 1899, p. 670.

PERON. — *Bull. anat.*, 1897, p. 826.

RENAULT. — « La médiastinite syphilitique » (Thèse de Paris, 1913).

ROQUES (Elie). — « Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte » (Thèse de Paris, 1913).

RYTINA. — « La cuti-réaction à la luétine dans le diagnostic de la syphilis » (*Medical Record*, mars 1913).

SMITH (Fr.) et SALOMON. — *Lancet Lond.*, 1904; I, page 1119.

VAGUEZ et LAUBRY. — « Traitement spécifique des anévrysmes de l'aorte et des aortites syphilitiques » (*Archives des Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1912).

VAYSSIÈRE. — *Marseille Méd.*, 1912.

WERNER (Otto). — « *Ueber Lungenkomplikationen bei Aorten Aneurysma* » (Thèse de Munich, 1910).
